



SALUS + Sp. z o.o.
NZOZ SALUS +
NZOZ SALUS + ŚREM
Hospicjum Stacjonarne
ul. Chełmońskiego 1, 63-100 Śrem
NIP:6182180665, REGON: 38250051900013
Nr ks. rej. W-30 207208-01-004

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY (DOTYCZY 6 OSTATNICH MIESIĘCY)

*WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM

IMIĘ NAZWISKO
CZY PRZECHOROWAŁ(A) PAN/PANI WZW (ZÓŁTACZKA) TYPU?	A B C TAK TAK TAK NIE NIE NIE
CZY JEST PAN/PANI NOSICIELEM WZW (ZÓŁTACZKA) TYPU?	A B C TAK TAK TAK NIE NIE NIE
CZY JEST PAN/PANI SZCZEPIONY(A) PRZECIWKO WZW A	TAK NIE KIEDY
CZY JEST PAN/PANI SZCZEPIONY(A) PRZECIWKO WZW B	TAK NIE KIEDY
CZY BYŁ(A) PAN/PANI OPEROWANY(A) ?	TAK NIE KIEDY.....
CZY PODCZAS LECZENIA ZASTOSOWANO?	INJEKCJE KROPLÓWKI TRANSFUZJE ŻADNE Z WYŻEJ WYMIENIONYCH
GDZIE WYKONYWANO INJEKCJE? (ZASTRZYKI)	W DOMU W SZPITALU W GABINECIE NIE WYKONYWANO
CZY BYŁY WYKONANE BADANIA ENDOSKOPOWE ? NP. GASTROSKOPIA,CYSTOSKOPIA, REKTOSKOPIA, KOLONOSKOPIA, ARTROSKOPIA, BRONCHOSKOPIA, LAPAROSKOPIA,.....	TAK NIE KIEDY
CZY BYŁ(A) PAN/PANI LECZONY(A) W INNYCH PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA?	TAK NIE W JAKIEJ?.....
CZY KORZYSTA PANI Z USŁUG GABINETU GINEKOLOGICZNEGO?	TAK NIE NIE DOTYCZY KIEDY.....
CZY LECZYŁ(A) SIĘ PAN/PANI U STOMATOLOGA	TAK NIE KIEDY.....
CZY KORZYSTAŁ(A) PAN/PANI Z USŁUG GABINETU OKULISTYCZNEGO : ZABIEGI INWAZYJNE, OPERACJE NA OKU CZY USUWANIE CIAŁA OBCEGO ITP.	TAK NIE KIEDY.....
CZY SZCZEPIŁ(A) SIĘ PAN/PANI SZCZEPIONKĄ P/COVID-19	TAK NIE KIEDY.....

.....
DATA I PODPIS PACJENTA LUB OPIEKUNA