

NUME, PRENUME:

CNP:

Resedinta:

Medic de familie:

**IN ULTIMELE 14 ZILE:**

1. Locuiti / ati vizitat zone în care se afla persoane infectate sau suspecte a fi infectate cu noul coronavirus (COVID-19)?

 DA NU

2. Dvs. sau membrii familiei dvs., ati avut contact direct cu persoane infectate sau suspecte a fi infectate cu COVID- 19?

 DA NU

3. Ați fost spitalizat sau ati efectuat investigatii/consultatii in alte unitati sanitare?

 DA NU

Daca DA, precizati unde: : \_\_\_\_\_

Data/perioada: \_\_\_\_\_

Motivul: \_\_\_\_\_

4. Ați avut contact cu medici/personal medical/paramedical din alte unitati sanitare:

 DA NU

Daca DA, precizati numele si locul: : \_\_\_\_\_

5. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome?

• Febră	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Dificultatea de a înghiți	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Dificultatea de a respira	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Tuse intensă	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Dureri în gat	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Pierderea mirosului	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Pierderea gustului	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu

Alte simptome Nu  / Da (care?) \_\_\_\_\_

**Aviz important și acord:** În contextul evoluțiilor înregistrate începând cu ianuarie 2020 în legătură cu **infecția cu noul coronavirus COVID-19**, pentru evitarea răspândirii infecției cu acest virus, **pentru a avea acces în unitatea sanitara MEDISPROF**, toate persoanele au obligația să completeze chestionarul de mai sus. Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate aici sunt solicitate pentru consultare, colectare și prelucrare de către Unitatea Sanitara

Informațiile solicitate sunt prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu respectarea strictă a principiilor legate de drepturile fundamentale. Persoanele ale căror date personale sunt prelucrate beneficiază de dreptul de a-și exercita drepturile de modificare, intervenție și opoziție, printr-o cerere semnată, datată și scrisă adresată operatorului de date.

- Sunt conștient că un refuz de a completa chestionarul poate provoca refuzul intrării mele în incinta unitatii sanitare, în scopul eliminării eventualelor amenințări la adresa sănătății publice a României.
- Sunt de acord că informațiile furnizate pot fi consultate și prelucrate de către unitatea sanitara MEDISPROF SRL cu consultarea autorităților române desemnate care au competente în domeniul sănătății publice și a gestionarii situațiilor de urgență/criza, precum și a celor care nu au competențe în domeniile menționate mai sus.
- Am luat notă și sunt conștient de informațiile furnizate aici.
- Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile furnizate la întrebările de mai sus corespund în totalitate situației mele actuale și ca pentru a preveni răspândirea virusului Covid-19, după părăsirea unității sanitare mă voi deplasa la domiciliu/reședința/instituție medicală/clădire cu destinație specială/alta locație, la adresa \_\_\_\_\_, folosind mijlocul de transport \_\_\_\_\_
- Nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase se sancționează conform art 352 din Codul penal și art. 34 lit .m) din HG nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare

Data și locul:

Semnatura: \_\_\_\_\_