

**Ankieta osoby odwiedzającej pacjenta hospitalizowanego w oddziale szpitalnym
ZOZ Sucha Beskidzka**

1. Dane osobowe odwiedzającego:

Nazwisko i imię	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

2. Dane w zakresie narażenia na koronawirus SARS CoV-2:

	TAK	NIE
a/ Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pana / Pani, następujące objawy:		
- gorączka (temperatura powyżej 38°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- duszności (trudności w nabraniu powietrza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- utrata węchu albo utrata lub zaburzenie smaku o nagłym początku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inne niespecyficzne dolegliwości (ból mięśni, osłabienie, ból gardła, ból brzucha, biegunka, zaburzenie równowagi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ Czy miał Pan / Pani bliski kontakt * w okresie ostatnich 14 dni z osobą chorą na COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ Czy miał Pan / Pani bliski kontakt * w okresie ostatnich 14 dni z osobą podejrzaną o zakażenie koronawirusem SARS CoV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d/ Czy jest Pan / Pani objęta kwarantanną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e/ Czy miał Pan / Pani bliski kontakt * z osobą objętą kwarantanną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f/ Czy jest Pan / Pani objęta leczeniem w ramach izolacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g/ Czy miał Pan / Pani bliski kontakt * z osobą leczoną w ramach izolacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i mam świadomość, że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku zatajenia informacji o zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 również na odpowiedzialność karną.

.....
(data)

.....
(podpis osoby odwiedzającej)

Wynik pomiaru temperatury ciała

powyżej 38°C poniżej 38°C

.....
(czytelny podpis personelu Triage)

Objaśnienia:

* - bliski kontakt oznacza:

- przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą, w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15 minut,
- bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem SARS CoV-2, np. podanie ręki,
- bezpośredni kontakt bez środków ochronnych z wydzielinami osoby z Covid-19, np. dotykanie użytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej,
- kontakt na pokładzie samolotu lub innych środków transportu zbiorowego, obejmujący:
 - osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby chorych na Covid-19,
 - osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę nad osobą z Covid-19, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory.
- personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym na COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób chorych na Covid-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania,
- przebywanie (jako pensjonariusz) lub była członkiem personelu w placówce opiekuńczej / opieki długoterminowej, w której potwierdzono transmisję Covid-19.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych ujawnionych w wypełnionej „Ankiecie dla określenia narażenia na zakażenie koronawirusem SARS Cov-2”, przeprowadzonej dla zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego, co jest związane z obowiązującym od dnia 20 marca 2020 r. stanem epidemii w związku z zakażeniem SARS-CoV-2 na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.03.2020r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii - zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000) oraz klauzulą informacyjną.

.....
miejsowość, data i czytelny podpis osoby udzielającej zgody

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSOBY PRZYBYWAJĄCEJ DO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUCHEJ BESKIDZKIEJ WYPEŁNIAJĄCEJ ANKIETĘ DLA OKREŚLENIA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS COV-2

**Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016r.) informujemy, że:**

Dane administratora:

Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej, 34-200 Sucha Beskidzka, ul. Szpitalna 22, tel.: 33872-31-00, fax: 33872-31-01, e-mail: sekretariat@zozsuchabeskidzka.pl.

Inspektor Ochrony Danych:

Inspektorem Ochrony Danych jest Marek Sadowski, tel.: 33872-32-67, e-mail: masad@zozsuchabeskidzka.pl.

Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania:

Pani/Pana dane osobowe są zbierane dla zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego, w związku ze stanem epidemii ogłoszonym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20.03.2020r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii oraz przetwarzane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i c i art. 9 ust. 1 lit. a, h, i ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.

Informacje o odbiorcach danych osobowych:

Dane osobowe nie będą udostępniane, za wyjątkiem przypadków udostępnienia wyłącznie na rzecz instytucji upoważnionych do ich uzyskania na mocy przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:

Dane osobowe udostępnione przez Panią/Pana będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, jednakże nie dłużej niż przez rok.

Prawa przysługujące ankietowanym w związku z przetwarzaniem danych osobowych:

Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, do przenoszenia danych, jeżeli przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany oraz prawo do złożenia oświadczenia o wycofaniu zgody w dowolnym momencie, jeżeli dane przetwarzane są na podstawie zgody. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22531-03-00, fax. 22531-03-01, e-mail: kancelaria@giodo.gov.pl.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji:

Dane osobowe Pani/Pana nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
miejsowość, data i czytelny podpis osoby zapoznanej z klauzulą informacyjną