

Vážení návštěvníci, v souvislosti se zvýšeným rizikem onemocnění COVID-19 Vás žádáme, abyste před vstupem do Psychiatrické nemocnice Bohnice vyplnili tento

Dotazník epidemiologických rizik návštěvníka PN Bohnice

Jméno a příjmení: _____

Bydliště: _____

Telefonní kontakt: _____

PN Bohnice navštěvuji za účelem: *

Návštěvy pacienta zde hospitalizovaného/vnesení balíčku pro pacienta

Jméno a příjmení: _____

Oddělení: _____

Ambulantního vyšetření: _____

Přijetí k hospitalizaci

Jiným (*prosím specifikujte*): _____

V posledním týdnu jsem *

neměl/a zvýšenou teplotu nebo horečku

neměl/a nějaké respirační problémy, např. kašel či potíže s dýcháním

neměl/a ztrátu chuti nebo čichu

nebyl/a v kontaktu s někým, u koho se potvrdil COVID-19

Potvrzuji, že nejsem v nařízené karanténě/izolaci pro COVID-19.

Vyplněním tohoto formuláře uděluji v souladu s Obecným nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR) a Zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, **souhlas se zpracováním svých osobních údajů** za účelem posouzení zdravotního rizika a přístupu ke zdravotní službě poskytovatele Psychiatrické nemocnici Bohnice, Ústavní 91/7, 181 02 Praha 8.

Svým podpisem stvrzuji pravdivost všech zde uvedených informací.

V Praze dne: _____

Podpis: _____

Dotazník prosím předejte pověřenému pracovníkovi ostrahy PN Bohnice, který ověří Vaší identitu (dle OP, ŘP nebo CP) a zaregistruje dotazník. Ověřený dotazník slouží k prokázání účelu Vašeho pobytu v areálu PNB. Prosíme o maximální zkrácení doby pobytu v areálu.