

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta.....  
Podpis Pacjenta lub opiekuna**ANKIETA DLA PACJENTA  
w związku ze stanem pandemii**

Dbając o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego RTG Centrum, prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety poniżej zaznaczając **X** właściwą odpowiedź:

1. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pani/Pana objawy:

- Temperatura ciała powyżej 38°C      **TAK**       **NIE**
- Kaszel      **TAK**       **NIE**
- Duszności      **TAK**       **NIE**
- Inne niepokojące objawy (proszę wymienić jakie): **TAK**       **NIE**

.....  
2. Czy przebywa Pani/Pan na kwarantannie?      **TAK**       **NIE** 3. Czy miał/a Pani/Pan w ostatnich 14 dniach styczność z osobą przebywającą na kwarantannie?      **TAK**       **NIE** 4. Czy miał/a Pani/Pan w ostatnich 14 dniach styczność z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?      **TAK**       **NIE** .....  
Data i Podpis **pracownika RTG Centrum** przyjmującego oświadczenie

---

**Oferujemy (na zlecenie ZOZ i odpłatnie):**

- TOMOGRAFIA STOŻKOWA
- Możliwość drukowania badań na kliszy
- Zdjęcia rentgenowskie: kości, stawy, klatka piersiowa,
- RTG stomatologiczne: punktowe, pantomograficzne, cefalometryczne
- Konsultacje i opisy badań z zakresu elektroradiologii: m.in. badań RTG, EEG, EKG, EMG

**Zapraszamy do poradni specjalistycznych:**

- Ortopeda      • Fizykoterapia      • Dietetyk

*Zapisy na wizyty do lekarzy specjalistów przyjmujemy recepcji oraz telefonicznie pod nr 22 10 10 161*