

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI I ZAZNACZYĆ X W ODPOWIEDNICH KWADRATACH

Imię i nazwisko

PESEL

Zgłaszając się w dniu dzisiejszym na badania lotniczo-lekarskie, oświadczam, że:

1. Jestem wypoczęty(a), czuję się zdrowy(a) i gotowy(a) do poddania się badaniom, a przez ostatnie 24 godziny nie spożywałem(am) alkoholu i dbałem(am) o racjonalne odżywianie się. Do badań stawilem(am) się na czczo. Nie przebywam na zwolnieniu lekarskim.
2. Z uwagą zapoznałem(am) się ze stwierdzeniami dotyczącymi mojego stanu zdrowia i historii medycznej zawartymi w Formularzu Wniosku o Wydanie Orzeczenia Lotniczo-Lekarskiego, a dane przeze mnie uzupełnione są, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, prawdziwe i kompletne. Nie zatailem(am) żadnej istotnej informacji i nie umieściłem(am) żadnego mylącego stwierdzenia. Rozumiem, że podanie niepełnych lub nieprawdziwych danych we wspomnianym Formularzu może skutkować wydaniem negatywnego orzeczenia lotniczo-lekarskiego przez lekarza orzecznika lub też władza uprawniona do licencjonowania może odmówić wydania orzeczenia lub cofnąć wszystkie wydane orzeczenia lotniczo-lekarskie niezależnie od wszystkich innych działań mających zastosowanie zgodnie z prawem krajowym.
3. Zostałem poinformowany(a), że zgodnie z art. 106 ust. 3 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2019 r., poz. 1580 i 1495) przysługuje mi prawo odwołania się od orzeczenia lotniczo-lekarskiego wydanego przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej do Naczelnego Lekarza Lotnictwa Cywilnego w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia. Odwołania od orzeczeń lotniczo-lekarskich wnosi się do Naczelnego Lekarza Lotnictwa Cywilnego za pośrednictwem lekarza orzecznika, przez którego zostało ono wydane.
4. Zdaję sobie sprawę, że wizyta w placówce w obecnej sytuacji epidemiologicznej związana jest z podwyższonym ryzykiem zarażenia koronawirusem SARS CoV-2.

5. DODATKOWA ANKIETA ZWIĄZANA Z SYTUACJĄ EPIDEMIOLOGICZNĄ

Czy jest Pan(i) poddany(a) kwarantannie?

TAK NIE

Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) poza Polską w rejonach transmisji koronawirusa SARS CoV-2? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

TAK NIE

Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

TAK NIE

Czy miał(a) Pan(i) bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie?

TAK NIE

Czy występują u Pana(i) objawy:

- Gorączka powyżej 38 °C

TAK NIE

- Bóle mięśniowe

TAK NIE

- Kaszel

TAK NIE

- Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

TAK NIE

- Zaburzenia węchu i / lub smaku, które pojawiły się w ciągu ostatnich 14 dni

TAK NIE

- Biegunka

TAK NIE

Przyjmuję do wiadomości, że Romana Borkowska, prowadząca działalność pod nazwą ALERGO-MED Poradnia Specjalistyczna, jest administratorem moich danych osobowych dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Zapoznałem(am) się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO (dostępnym na stronach alergo-med.com i badanialotniczolekarskie.pl oraz na tablicach informacyjnych przychodni ALERGO-MED).

WYPEŁNIA PRACOWNIK MEDYCZNY

Ciepłota ciała °C

.....
Podpis pracownika medycznego

.....
Data i podpis Pacjenta / opiekuna prawnego

Podstawa prawna: art. 9 ust. 2 lit. i) RODO oraz art. 17 ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.