

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Data	
Imię nazwisko Pacjenta	
PESEL	
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

TAK

NIE

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

TAK

NIE

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

TAK

NIE

4. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK

NIE

5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

TAK

NIE

Proszę podać jakie:

6. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

TAK

NIE

INFORMACJA: Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialnością karną.

.....
Autoryzacja osoby zbierającej dane

.....
Podpis Pacjenta