

Nazwa placówki.....

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH

Imię i Nazwisko.....

PESEL

Numer telefonu do kontaktu E-mail.....

1. Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

- Tak
- Nie

2. Czy Pan(i), Pan(a/i) dziecko/podopieczny lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

- Tak
- Nie

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

- Tak
- Nie

4. Czy obecnie lub okresie ostatnich 10 dni występują/ występowały ww. objawy u któregoś 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 odpowiedzialność karną.

Zobowiązuje się również do zasłaniania nosa i ust za pomocą maseczki ochronnej oraz do noszenia rękawiczek przez cały czas mojego pobytu na terenie Uzdrowiska

.....
data i podpis