

Nazwa placówki

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

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 wirusem SARS CoV-2?

- Tak
 Nie

2. Czy w okresie ostatnich 10 dni brał/a Pan/i udział w masowych imprezach (wesela, koncerty inne)?

- Tak
 Nie

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

- Tak
 Nie

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

- Tak
 Nie

5. Czy obecnie lub w ostatnich 10 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

- Tak
 Nie

Dokument wewnętrzny obowiązuje od 01.01.2021r. wer.1
Domu Opieki „ZACISZE” w Łaznowskiej Woli



1. Czy w ostatnich 10 dniach uczestniczył(a) Pan(i) w imprezie masowej (wesela, koncerty inne)?

- Tak
 Nie

2. Czy od ostatniej wizyty miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

- Tak
 Nie

3. Czy występują u Pana(i) objawy?

- Gorączka powyżej 38°C
 Kaszel
 Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza
 Zaburzenia węchu i smaku
 Powyższe objawy nie występują

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 odpowiedzialność karną.

Poz.	Data	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		

