Nazwa placówki …………………………………………………………………………………………………………………………………

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………

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 w raportach WHO na stronie <https://www.who.int/emergenicies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>)

* 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 w raportach WHO na stronie <https://www.who.int/emergenicies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>)

* 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

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

* Tak
* Nie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nr | data | Czytelny podpis |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |