Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ Wrocław ul. Białowieska 74a

**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 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
* Inne nietypowe. 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 odpowiedzialność karną.**