

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ NAZWISKO	
PESEL	
NR. TELEFONU	
E-MAIL	
Czy występują u Pana/i objawy ostrej infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszność?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/i w rejonach w których utrzymuje się koronawirus SARS CoV-2?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE

W przypadku wystąpienia nowych okoliczności dotyczących powyższych pytań, w trosce o bezpieczeństwo pracowników i pacjentów NZOZ „Zdrowie” s.c. zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o zaistniałych zmianach.
Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego – oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....

czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany wyrażam świadomą zgodę na wizytę domową lekarza/pielęgniarki w domu dnia mając na uwadze zwiększone ryzyko epidemiologiczne zawleczenia zakażeń Covid-19 przez personel medyczny, wobec ograniczeń dotychczasowej wiedzy i dostępności środków ochrony medycznej.

.....

podpis