

NZOZ "SANA-MED" s.c.
ul. Buchowieckiego 15a
32-300 Olkusz

Olkusz, dn.
miejscowość, data

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

W celu zapobiegania zakażeniu koronawirusem COVID-19, ochrony Państwa i dziecka zdrowia oraz naszego personelu prosimy o zgodzie z prawdą odpowiedzieć na pytania:

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pan(i)(a) dziecko lub zamieszkujące w domu wspólnie osoby miały kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?

- ☐ Tak
☐ Nie

2) Czy występują lub występowały w ostatnich kilku dniach u Pana(i)(a) dziecka objawy?

- ☐ Gorączka powyżej 38°C
☐ Kaszel
☐ Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza
☐ Bóle mięśniowe, złe samopoczucie
☐ Utrata węchu lub smaku
☐ Żaden z powyższych

3) Czy w najbliższej rodzinie lub w najbliższym otoczeniu ktoś ma objawy z punktu 2 i miał Pan (i) lub dziecko podlegające badaniu bilansowemu z nim kontakt?

- ☐ Tak
☐ Nie

4) Czy obecnie przebywa Pan/i lub dziecko w jednym mieszkaniu z osobą/ami podlegającymi kwarantannie?

- ☐ Tak
☐ Nie

5) Czy obecnie podlega Pan/i lub dziecko kwarantannie decyzją Sanepidu?

- ☐ Tak
☐ Nie

**JEŻELI PO PRZEPROWADZENIU ANKIETY PRZYNAJMNIEJ W JEDNYM
PYTANIU ODPOWIEDŹ JEST „TAK” TO BADANIE BILANSOWE NIE MOŻE BYĆ
WYKONANE**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym* (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) małoletniego

.....
(imię i nazwisko małoletniego, pesel)

.....
Czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*

* niepotrzebne skreślić