

.....  
miejsowość, data

## **Oświadczenie dotyczące szczepienia**

### **ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

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

**1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) 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) 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) z nim kontakt?**

- Tak  
 Nie

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

- Tak  
 Nie

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

- Tak  
 Nie

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

Ja niżej podpisany(a).....

(imię i nazwisko, pesel)

- 1) Wyrażam dobrowolnie zgodę na zastosowanie u mnie proponowanego szczepienia.  
2) Oświadczam także, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji o obecnym stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach.

.....  
Podpis pacjenta