

ANKIETA KWALIFIKACYJNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania/pobytu:.....

.....

Telefon kontaktowy.....Adres e-mail.....

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną

Podpis pacjenta**Data**.....

	Tak	Nie
Czy przebywał/a Pani/Pan w ciągu ostatnich 14 dni za granicą Polski?		
Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenia Covid -19?		
Czy przebywa Pan/Pani na kwarantannie?		
Czy miał/a Pan /Pani kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?		
Jeśli TAK, to kiedy(data lub przedział czasowy od-do..... Jeśli TAK, proszę podać dane osób :.....		

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

	TAK	NIE	Jeśli tak –od kiedy początek?
Temperatura powyżej 38st C			
Kaszel			
Duszność			

Świadomy zagrożenia epidemiologicznego i konsekwencji jakie może spowodować podanie przeze mnie informacji NIEPEŁNYCH i NIEZGODNYCH z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zgodne z moim aktualnym stanem wiedzy . Zobowiązuje się , w razie powzięcia informacji o nieznanym mi obecnie okolicznościach, niezwłocznie poinformuje o tym przychodnię.

Oświadczam, że zostałem pouczone o treści art. 165 k.k.

§1 1 pkt. 1 – Kto sprowadza niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo mienia w wielkich rozmiarach:

1) powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenia się choroby zakaźnej [...] podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8.

Podpis pacjenta i data.....