

## ANKIETA W DNIU WIZYTY W PORADNI

Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu do kontaktu .....

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym) lub kontakt z przypadkiem prawdopodobnym tj. osobą objętą kwarantanną/nadzorem epidemiologicznym bądź hospitalizowaną w oddziale chorób zakaźnych lub czy Pan(i) był(a) sam(a) hospitalizowany(a)?

**\*TAK / NIE**

2. Czy jest Pan(i) objęty(a) kwarantanną/nadzorem epidemiologicznym?

**\*TAK / NIE**

3. Czy ma Pan(i) objawy chorobowe: gorączka, kaszel, katar, duszność i problemy z oddychaniem, złe samopoczucie, bóle mięśni, ból gardła, zaburzenia węchu i smaku (podkreśl występujące objawy)?

**\*TAK / NIE**

*Zatajenie informacji o zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 lub o obowiązku poddania się kwarantannie stanowi przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 8 (art. 165 § 1 pkt 5 Kodeksu karnego). Może również skutkować odpowiedzialnością cywilną w stosunku do każdego, u kogo spowodowało szkodę majątkową lub rozstrój zdrowia (art. 415, 444, 445 Kodeksu cywilnego).*

Data.....Podpis.....

*Wyrażam zgodę Administratorowi Danych na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, numeru telefonu w celu ułatwienia służbom sanitarnym dochodzenia epidemiologicznego na wypadek wykrycia, że osoba zakażona znajdowała się na terenie.....*

Data.....Podpis.....

\*właściwe podkreślić

ZAŁ. 2

## ANKIETA W DNIU WIZYTY W PORADNI

Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu do kontaktu .....

4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym) lub kontakt z przypadkiem prawdopodobnym tj. osobą objętą kwarantanną/nadzorem epidemiologicznym bądź hospitalizowaną w oddziale chorób zakaźnych lub czy Pan(i) był(a) sam(a) hospitalizowany(a)?

**\*TAK / NIE**

5. Czy jest Pan(i) objęty(a) kwarantanną/nadzorem epidemiologicznym?

**\*TAK / NIE**

6. Czy ma Pan(i) objawy chorobowe: gorączka, kaszel, katar, duszność i problemy z oddychaniem, złe samopoczucie, bóle mięśni, ból gardła, zaburzenia węchu i smaku (podkreśl występujące objawy)?

**\*TAK / NIE**

*Zatajenie informacji o zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 lub o obowiązku poddania się kwarantannie stanowi przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 8 (art. 165 § 1 pkt 5 Kodeksu karnego). Może również skutkować odpowiedzialnością cywilną w stosunku do każdego, u kogo spowodowało szkodę majątkową lub rozstrój zdrowia (art. 415, 444, 445 Kodeksu cywilnego).*

Data.....Podpis.....

*Wyrażam zgodę Administratorowi Danych na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, numeru telefonu w celu ułatwienia służbom sanitarnym dochodzenia epidemiologicznego na wypadek wykrycia, że osoba zakażona znajdowała się na terenie.....*

Data.....Podpis.....

\*właściwe podkreślić