

Przychodnia "Żyj bez bólu"
ul. Gorzowska 20, 65-127 Zielona Góra, Polska
NIP. 9731074182. REGON. 387321112.

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI COVID 19

Imię i Nazwisko

PESEL

Numer telefonu do kontaktu

Adres e-mail

1. Czy w okresie ostatnich 10 dni mieli Państwo kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

Tak / Nie

2. Czy Państwa dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna/izolacja)?

Tak / Nie

3. Czy obecnie występują u Państwa lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak / Nie

4. Czy obecnie lub w okresie ostatnich 10 dni występują/występowały ww. objawy u któregoś z domowników?

Tak / Nie

INFORMACJA:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Data	Czytelny podpis
-------------	------------------------