

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA											
IMIĘ i NAZWISKO											
PESEL											
NR TEL. DO KONTAKTU											
E-MAIL											

W trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu medycznego Del MED prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania podczas rozmowy telefonicznej i zbierania wywiadu :

A. Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpił (a) u Pana/Pani lub podopiecznego gorączka, kaszel, duszność, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe (właściwe zakreślić)	TAK	NIE
B. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał (a) Pan/Pani lub podopieczny kontakt fizyczny z osobą u której stwierdzono zakażenie SARS -CoV-2 (np. kontakt bezpośredni poprzez uścisk dłoni lub twarzą w twarz, przebywanie w odległości 2 metrów od osoby chorej przez dłużej niż 15 minut)	TAK	NIE
C. Czy uzyskał(a) Pan/Pani podopieczny informacje od odpowiednich służb, że miał(a) kontakt z potwierdzonym przypadkiem zakażenia SARS-CoV-2 w ciągu ostatnich 14 dni?	TAK	NIE
D. Czy jest Pan/Pani lub podopieczny obecnie objęty(a) kwarantanną?	TAK	NIE
E. Czy zamieszkuje Pan/Pani lub podopieczny z osobą zakażoną SARS-CoV-2 lub objętą kwarantanną?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu wizyty:		

INFORMACJA: Przynajmniej jedna odpowiedź pozytywna (Tak) na pytania ankiety lub odnotowanie temperatury powyżej 37,5sC w dniu wizyty uniemożliwi jej realizację.

.....
 Potwierdzam poprawność
 i aktualność danych na dzień wizyty
 (czytelny podpis)

.....
 Data wizyty