**SPECJALISTYCZNA PLACÓWKA WSPARCIA DZIENNEGO KLANZOWISKO**

PSPiA KLANZA ODDZIAŁ BIAŁOSTOCKI

15-660 Białystok, ul. W. Witosa 15B lok 3, tel. 533575392, email: [klanzowisko@gmail.com](mailto:klanzowisko@gmail.com)

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI COVID-19**

Imię i Nazwisko dziecka ……………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy do rodzica...................................................................................................

1.Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą ?

TAK NIE

2.Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

TAK NIE

3.Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

TAK NIE

4.Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jestobecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK NIE

5.Czy obecnie występują u Pana(i)/ dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

TAK NIE

Inne nietypowe objawy. Proszę podać jakie

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6.Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś

z domowników?

TAK NIE

**NFORMACJA:**

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

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że przebywając na terenie SPWD Klanzowisko PSPiA Klanza Oddział Białostocki, pomimo zastosowania środków ochrony może dojść do zakażenia SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Jako rodzic/opiekun prawny rozumiem i w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia oraz ryzyko powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Oświadczam, że jestem świadomy/a opisanego powyżej ryzyka podczas tej wizyty. Świadomie decyduję się na skorzystanie z pomocy SPWD Klanzowisko PSPiA Klanza Oddział Białostocki. Odstępuję od wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniem wobec placówki i personelu, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data ......................... Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego …………………………………………………..