*Załącznik nr 1
do „Algorytm udzielania świadczeń medycznych
w WOMP w Kielcach w okresie pandemii Covid-19”*



Imię i Nazwisko ....................................................................................................................................................................................................................

PESEL ...........................................................................................................................................................................................................................................

Numer telefonu do kontaktu, e-mail .................................................................................................................................................................

1. **Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie** [**www.gis.gov.pl**](http://www.gis.gov.pl)**)**

 Tak

 Nie

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

 Tak

 Nie

1. **Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie** [**www.gis.gov.pl**](http://www.gis.gov.pl)**)**

 Tak

 Nie

1. **Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?**

 Tak

 Nie

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

 Tak

 Nie

Inne nietypowe. Proszę podać jakie .....................................................................................................................................................

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

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

**INFORMACJA:**

**Oświadczam, że drugostronnie podane informacje są zgodne z prawdą i zdaję 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.**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Data** | **Czytelny podpis** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |