*Milickie Stowarzyszenie Przyjaciół
Dzieci i Osób Niepełnosprawnych*

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

**IMIĘ I NAZWISKO BENEFICJENTA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numer telefonu**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 ⃝ Tak

 ⃝ Nie

……………………………………… ………………………….……………………………………. Data czytelny podpis pacjenta/opiekuna

**ANKIETA AKTUALIZACYJNA**

**IMIĘ I NAZWISKO BENEFICJENTA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numer telefonu**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **DATA** | **CZY W OKRESIE OSTATNICH 14 DNI MIAŁ(A) PAN(I) KONTAKT Z OSOBĄ, U KTÓREJ POTWIERDZONO ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS COV-2?** | **CZY W OKRESIE OSTATNICH 14 DNI MIAŁ(A) PAN(I) KONTAKT Z OSOBĄ, KTÓRA PRZEBYWAŁA W REJONACH TRANSMISJI KORONAWIRUSA?**  | **CZY WYSTĘPUJĄ U PANA(I) OBJAWY?*** **GORĄCZKA POWYŻEJ 38˚C**
* **KASZEL**
* **UCZUCIE DUSZNOŚCI**
 | **PODPIS** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |