

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer kontaktowy: _____

Temperatura: _____

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

☐ TAK

☐ NIE

2. Czy obecnie występują u Pana/i objawy infekcji (kaszel, katar, gorączka, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata węchu i smaku, inne nietypowe objawy)?

☐ TAK

☐ NIE

Jestem świadoma(y) wystąpienia ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, o których zostałam(em) poinformowana(y) przed wizytą w DPS i nie będę miał(a) roszczeń odszkodowawczych.

Informujemy, że w razie pojawienia się COVID-19 w DPS Gierałcice, wszystkie odwiedzające osoby będą zgłoszone do Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej Województwa Opolskiego.

Data wypełnienia

Czytelny podpis

.....

.....