

Wytyczne dla funkcjonowania uzdrowisk w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce

Załącznik nr 2: ANKIETA OCENY EPIDEMIOLOGICZNEJ PRACOWNIKA UZDROWISKA

IMIĘ, NAZWISKO	
STANOWISKO	
DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA	

1. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA	
DEKLARACJA EPIDEMIOLOGICZNA DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE WIRUSEM SARS-CoV-2	
Czy jest Pan/Pani lub był/ była zarażona koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK - NIE Kiedy?.....
Czy Pan/Pani był/a szczepiony/a przeciw COVID-19?	TAK / NIE Kiedy?.....
Czy i kiedy miał/a Pan/Pani robiony TEST diagnostyczny w kierunku SARS-CoV-2? Jaki jest wynik testu?	TAK - NIE Kiedy?..... Rodzaj: RT-PCR / ANTYGENOWY Wynik: NEGATYWNY / POZYTYWNY
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?	TAK - NIE Kiedy?..... Gdzie?.....
Czy u Pana/Pani występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?	gorączka: TAK - NIE, kaszel: TAK - NIE, duszność: TAK - NIE, trudności w oddychaniu: TAK - NIE, inne dolegliwości – TAK - NIE jakie:..... Kiedy?.....
Czy u któregoś z Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości?	TAK - NIE Jakie:..... Kiedy?.....
Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym albo poddany izolacji?	TAK - NIE Kto?..... Od kiedy?.....
<p>1) Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a – również na odpowiedzialność karną.</p> <p>2) Zobowiązuję się do <u>niezwłocznego</u> poinformowania pracodawcy (za pośrednictwem bezpośredniego przełożonego) o potwierdzeniu u mnie zakażenia wirusem SARS-CoV-2, wystąpieniu u mnie objawów mogących wskazywać na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub o kontakcie z osobą, u której potwierdzono zakażenie tym wirusem.</p> <p>3) Zobowiązuję się do przestrzegania procedur wprowadzonych przez pracodawcę w celu zwiększenia bezpieczeństwa udzielania świadczeń w związku z istniejącym zagrożeniem epidemicznym.</p>	
data, podpis pracownika	

