

Załącznik nr 8 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

„Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

### (ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DOTYCZĄCA WIRUSA SARS-COV-2 )

Imię i nazwisko, PESEL kandydata/kandydatki do udziału w projekcie pn.: „Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”

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

Kryteria	
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 <a href="http://www.gis.gov.pl">www.gis.gov.pl</a> )	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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 <a href="http://www.gis.gov.pl">www.gis.gov.pl</a> )	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Inne nietypowe: .....

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.  
 „Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec ”

Projekt współfinansowany ze środków  
 Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
 Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.06-24-05A6/18



	..... ..... .....
Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
INFORMACJA:  <b>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.</b>	

Data przeprowadzenia wywiadu: .....

Podpis osoby przeprowadzającej wywiad:.....