

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**  
**diagnoza/terapia stacjonarna**  
**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Myślenicach**

.....  
imię i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą ?
  - TAK
  - NIE
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której podejrzewano lub potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?
  - TAK
  - NIE
3. Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną przez Inspekcję Sanitarną z jakichkolwiek przyczyn?
  - TAK
  - NIE
4. Czy występują u Pana(i)/ dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?
  - TAK
  - NIE

Inne nietypowe. Proszę podać jakie .....

5. Czy w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w objawy u kogoś z domowników?
  - TAK
  - NIE
6. Proszę wpisać wynik pomiaru temperatury mierzonej przed wyjściem z domu w dniu dzisiejszym
  - u dziecka .....
  - u siebie .....
7. Czy rodzic/prawny opiekun zapoznał się i zaakceptował „PROCEDURY BEZPIECZEŃSTWA W CZASIE BEZPOŚREDNIEGO PROWADZENIA BADAŃ/TERAPII NA TERENIE PORADNI W ZWIĄZKU Z EPIDEMIAŁ WIRUSA SARS-COV-2”?
  - TAK
  - NIE

INFORMACJA: 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 - również na odpowiedzialność karną.

.....  
Data i podpis rodzica/ opiekuna/pełnoletniego ucznia