

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI
diagnoza stacjonarna
Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Cieszynie

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy do rodzica:

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 potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

TAK

NIE

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/ dziecko kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

TAK

NIE

4. Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK

NIE

5. Czy obecnie występują u Pana(i)/ dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?

TAK

NIE

Inne nietypowe. Proszę podać jakie:

.....
.....

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

TAK

NIE

INFORMACJA: Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego