

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI COVID-19

(Diagnoza, Konsultacja, Terapia Płatna – w formie stacjonarnej)

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Rozwiń Skrzydła w Białymstoku

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, inne nietypowe)?
 TAK NIE

Inne nietypowe objawy. 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 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.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że przebywając na terenie Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Rozwiń Skrzydła w Białymstoku, pomimo zastosowania środków ochrony może dojść do zakażenia SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Jako rodzic/opiekun prawny rozumiem i w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia oraz ryzyko powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Oświadczam, że jestem świadomy/a opisanego powyżej ryzyka podczas tej wizyty i wszystkich kolejnych. Świadomie decyduję się na skorzystanie z pomocy terapeutycznej Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Rozwiń Skrzydła w Białymstoku. Odstępuję od wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniem wobec placówki i personelu, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

Data

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego