*Nazwa placówki*

**Szanowni Państwo**

Zabiegi medyczne są obciążone zwiększoną emisją czynników potencjalnie chorobotwórczych.

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny za granicą?

**TAK/NIE**

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?

**TAK/NIE**

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie

objęty kwarantanną, izolacją, nadzorem epidemiologicznym lub nałożono wobec Państwa inne ograniczenia sanitarne?

**TAK/NIE**

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji

(gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

**TAK/NIE**

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w

objawy u kogoś z domowników?

**TAK/NIE**

Czy w ciągu ostatnich 7 dni miał/a Pan/i/ dziecko/ podopieczny z osobą, u której potwierdzono zachorowanie na COVID-19?

**TAK/NIE**

…………………………………

(data i czytelny podpis/

rodzica/opiekuna

w przypadku małoletniego)

Czy od ostatniej wizyty w poradni powyższe odpowiedzi mogą ulec zmianie?

**TAK/ NIE**

…………………………………

(data i czytelny podpis/

rodzica/opiekuna

w przypadku małoletniego)

Czy od ostatniej wizyty w poradni powyższe odpowiedzi mogą ulec zmianie?

**TAK/ NIE**

…………………………………

(data i czytelny podpis/

rodzica/opiekuna

w przypadku małoletniego)

Zaleca się dołączenie kwestionariusza do dokumentacji medycznej