Nazwa placówki: **„ACTIO" CENTRUM TERAPII MANUALNEJ I REHABILITACJI**

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Imię i Nazwisko.....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu e-mail.....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

O Tak
O Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie w raportach WHO na stronie https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports)

O Tak
O Nie

3. Czy występują u Pana(i) objawy?

O Gorączka powyżej 38°C
O Kaszel
O Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

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.

Nr wizyty	Data	Czytelny podpis