



Projekt „Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom niesamodzielnym”
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 9 Wywiad epidemiologiczny- wstępny
do Regulaminu Rekrutacji i udziału w projekcie
„Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców,
dedykowanych osobom niesamodzielnym”

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

(ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DOTYCZĄCA WIRUSA SARS-COV-2)

Imię i nazwisko, PESEL kandydata/kandydatki do udziału w projekcie pn.: „Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom niesamodzielnym”

.....
.....
.....

Kryteria	
Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji	<input type="checkbox"/> TAK

Projekt „Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców,
dedykowanych osobom niesamodzielnym”
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego
Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy obecnie występują u Pana(i) lub kogoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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.

Data przeprowadzenia wywiadu:

Podpis osoby przeprowadzającej wywiad