Nazwa placówki **Bydgoskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne „Myślęcinek”**

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

A: Imię i Nazwisko pacjenta ……………………………………………….………………………………………………

B: Imię i Nazwisko ……………………….……….………………………………………………………………………………

Numer telefonu do kontaktu, e-mail opiekuna ………………………………………………………………………

1. **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 w raportach WHO na stronie https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/)**

A: O Tak O Nie

B: O Tak O Nie

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

A: O Tak O Nie

B: O Tak O Nie

1. **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)**

A: O Tak O Nie

B: O Tak O Nie

1. **Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?**

A: O Tak O Nie

B: O Tak O Nie

1. **Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?**

A: O Tak O Nie

B: O Tak O Nie

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

A: O Tak O Nie

B: O Tak O Nie

**Ja niżej podpisana/y, oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą) a w przypadku gdy okaże się, że jestem chora/y – również na odpowiedzialność karną**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nr** | **Data** | **Czytelny podpis osoby A i/lub B** |
| **A** |  |  |
| **B** |  |  |

Nazwa placówki **Bydgoskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne „Myślęcinek”**

**ANKIETA AKTUALIZACYJNA**

A: Imię i Nazwisko pacjenta ……………………………………………….…………………………………..……………

B: Imię i Nazwisko …………….……….…………………………………………………………………………………………

Numer telefonu do kontaktu, e-mail opiekuna ………………………………………………………………………

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

A: O Tak O Nie

B: O Tak O Nie

1. **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)**

A: O Tak O Nie

B: O Tak O Nie

1. **Czy występują u Pana(i) objawy?**

A: O Gorączka powyżej 38°CO KaszelO Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

B: O Gorączka powyżej 38°CO KaszelO Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **nr** | **Data** | **Uwagi\*** | **Czytelny podpis osoby …….** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |

\*- W uwagach zaznaczyć, w którym punkcie i dla kogo nastąpiła zmiana (wpisać jaka) lub wpisać b/z (bez zmian)