

## ANKIETA KWALIFIKACJI

### na konsultację/diagnozę/poradnictwo specjalistyczne w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku

(wypełnia osoba korzystająca ze wsparcia/ w przypadku małoletniego rodzic zastępczy/opiekun)

.....  
imię i nazwisko osoby korzystającej ze wsparcia / dziecka

.....  
data badania/konsultacji/porady

.....  
telefon kontaktowy

.....  
Temperatura (badanie na miejscu) .....

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą ?

☐ TAK ☐ NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem COVID-19?

☐ TAK ☐ NIE

3. Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?

☐ TAK ☐ NIE

4. 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. Proszę podać jakie: .....

.....

5. Czy obecnie występują lub w ostatnich 14 dniach występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

☐ TAK ☐ NIE

6. Czy Pan(i)dziecko było w ciągu ostatnich 14 dni w szpitalu lub innej placówce służby zdrowia?  
Jeśli TAK to w jakiej?

☐ TAK ☐ NIE Jakiej? .....

Z jakiego powodu? .....

#### INFORMACJA:

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 chory, lub dziecko jest chore – również na odpowiedzialność karną.

Jestem odpowiedzialny/-a za podjętą decyzję związaną z przebywaniem moim i dziecka na terenie PCPR w Słupsku. Zdaję sobie sprawę z istniejącego zagrożenia w związku epidemią SARS-CoV-2 wywołującą chorobę COVID-19. W przypadku ewentualnego zachorowania placówka nie ponosi odpowiedzialności, wywiązując się z procedur sanitarnych obowiązujących w PCPR w Słupsku.

Oświadczam, że jeżeli w ciągu 14 dni od wizyty w PCPR pojawią się u badanego/konsultowanego dziecka lub członka rodziny objawy chorobowe, temperatura, zostanie zdiagnozowany COVID-19 natychmiast poinformuję o tym dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis osoby / rodzica zastępczego

**Wykaz osób przebywających w pomieszczeniach  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku  
powyżej 15 minut**

pokój nr .....

Imię i nazwisko pracownika .....

| Data | Godzina | Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania*, telefon*, |
|------|---------|---------------------------------------------------|
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |
|      |         |                                                   |

\*adres zamieszkania i telefon wpisujemy, jeżeli osoba nie figuruje w bazie naszych klientów i nie posiadamy takich danych. W przypadku, jeżeli jest to pracownik instytucji współpracującej z PCPR, również nie potrzebujemy jej adresu i telefonu – wówczas wpisujemy nazwę instytucji.

Podpis pracownika: