



**ANKIETA DLA PACJENTA ORAZ OPIEKUNA
W KIERUNKU ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie**

Imię i Nazwisko pacjenta: Imię i Nazwisko opiekuna:

PESEL pacjenta:.....

Nr tel. /adres e-mail:.....

1.Czy w okresie ostatnich 10 dni wystąpił kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2 ?

Pacjent Tak Nie

Opiekun Tak Nie

2.Czy dziecko/ opiekun lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną/ izolacją ?

Tak Nie

3.Czy u dziecka/ opiekuna występują aktualnie objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła) ?

Pacjent Tak Nie

Opiekun Tak Nie

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 – również na odpowiedzialność karną.

Data:.....

Czytelny podpis:.....