

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY Z OSOBĄ ODWIEDZAJĄCĄ MIESZKAŃCA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W PLESZEWIE

Imię i nazwisko osoby odwiedzającej:

.....

Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Imię i nazwisko odwiedzanego mieszkańca:

Mieszkaniec odwiedzany został zaszczepiony (tak/nie):

1.	Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której podejrzewane jest lub zostało potwierdzone zakażenie wirusem SARS-CoV-2? (właściwe zaznaczyć)	TAK	NIE
2.	Jeśli tak, to kiedy?		
3.	Jeśli tak, to z kim (proszę podać dane osoby)		
4.	Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić znakiem X)		
	Objawy:	TAK	NIE
	Temperatura powyżej 38 st. C		
	Kaszel		
	Duszność		
	Inne (brak smaku i węchu, biegunka, ból gardła)		
5.	Czy Pan/Pani przyjmował/ła leki przeciwbólowe w ciągu ostatnich 24-godz.? (właściwe zaznaczyć)	TAK	NIE
6.	Czy Pan/Pani został/a zaszczepiona dwoma dawkami szczepionki przeciw COVID-19	TAK	NIE

W dniu odwiedzin temperatura ciała wynosi (pomiar dokonany przez pracownika DPS)

Oświadczam, że **nie jestem / jestem objęty/a** kwarantanną domową lub izolacją wynikającą z podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (właściwe podkreślić)

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Dyrektora Domu Pomocy Społecznej z siedzibą w Pleszewie przy Placu Wolności im. Jana Pawła II 5** w celach identyfikacji, w związku z przestrzeganiem podstawowych zasad wynikających z stosowania obostrzeń dot. SARS-CoV-2.

.....
Podpis osoby przeprowadzającej ankietę

.....
data

.....
Podpis osoby odwiedzającej mieszkańca