

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko

Dziecko

Numer telefonu do kontaktu lub E-mail

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/>)

☐ Tak

☐ Nie

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

☐ Tak

☐ Nie

3. 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/>)

☐ Tak

☐ Nie

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

☐ Tak

☐ Nie

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

☐ Tak

☐ Nie

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

☐ Tak

☐ Nie

Niniejszym oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

w związku z COVID-19

Ja, niżej podpisany, przyjmuję do wiadomości, że:

1. Przed wykonaniem usługi specjalista zada pytania, których celem jest ustalenie występowania u danej osoby objawów choroby lub ryzyka narażenia na chorobę.
2. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek oznak choroby (np. kaszel, złe samopoczucie, trudności w oddychaniu), Klient nie zostanie wpuszczony do gabinetu i zostanie poinstruowany o jak najszybszym zgłoszeniu się do najbliższego oddziału zakaźnego, celem konsultacji z lekarzem.
3. Podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich, którzy korzystali z usług gabinetu oraz terapeuty.
4. Spotkania odbywają się w formie indywidualnej (ew. konsultacje maksymalnie 2 osobowe), w niezbędnym minimalnym czasie bezpośrednich zajęć (do 45 minut).
5. Między spotkaniami konieczne są 15 minutowe przerwy w celu dezynfekcji, przygotowania bezpiecznych pomocy i gabinetu.
6. Przed spotkaniem odbywać się będzie dezynfekcja powierzchni płaskich, krzeseł, wybranych pomocy. Obuwie, torebki, plecaki, kurtki i inne rzeczy osobiste zostają przed wejściem do gabinetu (korytarz).
7. Przed rozpoczęciem spotkania, tuż po przyjeździe do gabinetu, obowiązkowo należy umyć ręce wodą z mydłem.
8. Podczas kaszlu i kichania należy zakryć usta i nos zgiętym łokciem lub chusteczką – jak najszybciej wyrzucić chusteczkę do zamkniętego kosza i umyć ręce.

Jestem świadom możliwości zarażenia się mnie/ mojego dziecka* mimo wszystkich podjętych działań prewencyjnych i zapobiegawczych. Odpowiedzialność za podjętą przeze mnie decyzję związaną z rozpoczęciem stacjonarnych konsultacji/ terapii, a tym samym na ewentualne zakażenie COVID-19, jest po mojej stronie.

Jestem świadom, że w sytuacji zachorowania terapeuty lub któregośkolwiek klienta, specjalista zobowiązany jest do podania danych osób, z którymi miał kontakt. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu danych osobowych w przypadku zarażenia COVID-19 terapeuty lub któregośkolwiek Klienta.

Zapoznałem się i akceptuję procedury bezpieczeństwa w trakcie epidemii COVID-19, nowe zasady higieny i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń. O każdorazowej zmianie powyższych oświadczeń natychmiast powiadomię właściciela firmy – Annę Boniakowską (Tel. 505 685 255, mail: annaboniakowska@gmail.com).