Załącznik nr 2a do Załącznika nr 1 Zarządzenia Rektora PSW nr ……………….. z dnia

Kwidzyn, dnia…………..............

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

**(DLA STUDENTA)**

WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

|  |
| --- |
| Imię…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Pesel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania/pobytu:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Telefon: ………………………………………………………………………………………

Adres e-mail ……………………………………………………………………………...……

**Czy jest Pani/Pan zatrudniona/y obecnie w Szpitalu Zakaźnym Jednoimiennym:**

 **TAK** □

 **NIE □**

1. **CZY MIAŁ/A PANI/PAN KONTAKT Z OSOBĄ, U KTÓREJ POTWIERDZONO ZAKAŻENIE SARS-COV-2?**

 **TAK □**

 **NIE □**

1. **CZY MIAŁ/A PANI/PAN KONTAKT Z OSOBĄ NA KWARANTANNIE Z POWODU SARS-COV-2?**

**TAK □**

**NIE □**

1. **CZY W CIĄGU OSTATNICH 24 GODZIN WYSTĘPOWAŁY OBJAWY:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Temperatura >38oC | Tak | Nie | Od kiedy? ………………………………………….……. |
| Kaszel | Tak | Nie | Od kiedy? ……………………………………….………. |
| Duszność | Tak | Nie | Od kiedy? …………………………………………….…. |

CZY W OSTATNIM OKRESIE (2 TYGDNI) WYSTĘPUJĄ
U PANI/PANA OBJAWY INNE NIŻ ZWYKLE:

Zmęczenie TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Odkrztuszanie plwociny TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Bóle gardła TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Bóle głowy TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Bóle mięśni i stawów TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Dreszcze TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Nudności i wymioty TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Niedrożności nosa TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Biegunka TAK O NIE O - od kiedy ………………...

Stan zapalny oczu, przekrwione TAK O NIE O - od kiedy ………………...

…………………………………………………….…………………….

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

…………………………………………

 TEMPERATURA Z POMIARU

…………………………………………………………

Podpis osoby weryfikującej dane z ankiety/ data i godzina