|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ, NAZWISKO** |  |
| **STANOWISKO** |  |
| **DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**   **DEKLARACJA EPIDEMIOLOGICZNA DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE WIRUSEM SARS-CoV-2** | |
| **Czy jest Pan/Pani lub był/ była zarażona koronawirusem SARS-CoV-2?** | **TAK - NIE**  **Kiedy?...............................................................................** |
| **Czy miał Pan/Pani robiony TEST wykrywający koronawirusa SARS-CoV-2?** | **TAK - NIE**  **Kiedy?..............................................................................**  **Jeżeli TAK, to jaki był wynik? ...........................................** |
| **Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?** | **TAK - NIE**  **Kiedy?..............................................................................**  **Gdzie?..............................................................................** |
| **Czy u Pana/Pani występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach:** gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)? | **gorączka: TAK - NIE, kaszel: TAK - NIE, duszność: TAK - NIE, trudności w oddychaniu: TAK - NIE, inne dolegliwości – TAK - NIE jakie:………………………………………………….………………….**  **Kiedy?.............................................................................** |
| **Czy u któregoś z Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach:** gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości? | **TAK - NIE**  **Jakie:…………………………………………………………………….**  **Kiedy?............................................................................** |
| **Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem**  **epidemiologicznym albo poddany izolacji?** | **TAK - NIE**  **Kto?...............................................................................**  **Od kiedy?.......................................................................** |
| **Czy Pan/Pani w ciągu ostatniego miesiąca przebywał/-a poza granicami Polski?** | **TAK - NIE Kiedy?........................................................**  **Gdzie?............................................................................** |
| 1. **Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a – również na odpowiedzialność karną.** 2. **Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania pracodawcy (za pośrednictwem bezpośredniego przełożonego) o potwierdzeniu u mnie zakażenia wirusem SARS-CoV-2, wystąpieniu u mnie objawów mogących wskazywać na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub o kontakcie z osobą, u której potwierdzono zakażenie tym wirusem.** 3. **Zobowiązuję się do przestrzegana procedur wprowadzonych przez pracodawcę w celu zwiększenia bezpieczeństwa udzielania świadczeń w związku z istniejącym zagrożeniem epidemicznym.**   **data, podpis pracownika** | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU\***   **DEKLARACJA ZAWODOWA DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE WIRUSEM SARS-CoV-2** | |
| **\* WYPEŁNIA: LEKARZ, PIELĘGNIARKA, FIZJOTERAPEUTA, MASAŻYSTA, PSYCHOLOG, TERAPEUTA ZAJĘCIOWY, LOGOPEDA,** | |
| **Czy jest Pan/Pani zatrudniony/-a w innym podmiocie leczniczym?** | **TAK¹ - NIE** |
| **Czy został Pan / Pani objęty/-a ograniczeniem² w wykonywaniu pracy w wielu miejscach w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w podmiocie leczniczym umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.**  ²na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. 2020 poz. 775) | **TAK - NIE** |
| **¹Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania pracodawcy (za pośrednictwem bezpośredniego przełożonego) o kontakcie z osobą z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w innym podmiocie leczniczym.**  **data, podpis pracownika** | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ANKIETA AKTUALIZACYJNA DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE WIRUSEM SARS-CoV-2** | |
| **IMIĘ, NAZWISKO** |  |
| **STANOWISKO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **TEMPERATURA** | **POTWIERDZAM AKTUALNOŚĆ INFORMACJI ZAWARTYCH W ZŁOŻONEJ PRZEZE MNIE DEKLARACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ ORAZ DEKLARACJI ZAWODOWEJ\* (\*jeżeli dotyczy)** | **UWAGI:** |
| **podpis pracownika:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |