

ANKIETA KWALIFIKACJI
na diagnozę i terapię
w Poradni Psychologiczno –Pedagogicznej
w Dąbrowie Górniczej w związku z COVID-19

Imię i nazwisko rodzica.....
Imię nazwisko dziecka
data ur.szkoła / klasa
Adres zamieszkania dziecka
Adres zamieszkania
rodzica.....
Nr telefonuadres e- mail.....

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa w Polsce lub za granicą?
(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
 Tak
 Nie
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub z osobą, która przebywa na kwarantannie lub w izolacji w warunkach domowych?
 Tak
 Nie
- 3) Czy występują u Pana(i) objawy?
 podwyższona temperatura
 kaszel
 uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza, płytki oddech
inne symptomy:
 ból mięśni
 ogólne zmęczenie
 ból głowy
 ból gardła
 uczucie rozbicia
 utrata węchu o nagłym początku
 utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku
 wysypka

ANKIETA KWALIFIKACJI
na diagnozę i terapię
w Poradni Psychologiczno –Pedagogicznej
w Dąbrowie Górniczej w związku z COVID-19

Imię i nazwisko rodzica.....
Imię nazwisko dziecka
data ur.szkoła / klasa
Adres zamieszkania dziecka
Adres zamieszkania
rodzica.....
Nr telefonuadres e- mail.....

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa w Polsce lub za granicą?
(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
 Tak
 Nie
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub z osobą, która przebywa na kwarantannie lub w izolacji w warunkach domowych?
 Tak
 Nie
- 3) Czy występują u Pana(i) objawy?
 podwyższona temperatura
 kaszel
 uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza, płytki oddech
inne symptomy:
 ból mięśni
 ogólne zmęczenie
 ból głowy
 ból gardła
 uczucie rozbicia
 utrata węchu o nagłym początku
 utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku
 wysypka

- 4) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana (i) dziecko przebywało w rejonach transmisji koronawirusa w Polsce lub za granicą?
(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
- 5) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana(i) dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub z osobą, która przebywa na kwarantannie?
- Tak
 Nie
- 6) Czy występują u dziecka następujące objawy?
- podwyższona temperatura
 kaszel
 uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza, płytki oddech
- inne symptomy:
- ból mięśni
 ból głowy
 ból gardła
 uczucie rozbicia
 wysypka

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem świadoma/y, iż mimo wprowadzenia w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Dąbrowie Górniczej dodatkowych środków ostrożności, nie można podczas badania psychologicznego/pedagogicznego/logopedycznego całkowicie wykluczyć możliwości zakażenia się dziecka COVID-19, a poradnia nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne zakażenie COVID-19 oraz wyrażam zgodę na pomiar temperatury dziecka.

.....
data i czytelny podpis rodzica

- 4) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana (i) dziecko przebywało w rejonach transmisji koronawirusa w Polsce lub za granicą?
(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
- 5) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana(i) dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub z osobą, która przebywa na kwarantannie?
- Tak
 Nie
- 6) Czy występują u dziecka następujące objawy?
- podwyższona temperatura
 kaszel
 uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza, płytki oddech
- inne symptomy:
- ból mięśni
 ból głowy
 ból gardła
 uczucie rozbicia
 wysypka

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem świadoma/y, iż mimo wprowadzenia w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Dąbrowie Górniczej dodatkowych środków ostrożności, nie można podczas badania psychologicznego/pedagogicznego/logopedycznego całkowicie wykluczyć możliwości zakażenia się dziecka COVID-19, a poradnia nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne zakażenie COVID-19 oraz wyrażam zgodę na pomiar temperatury dziecka.

.....
data i czytelny podpis rodzica