

Krótka ankieta wstępnej kwalifikacji dawców/gości * przed wejściem na teren RCKiK/TO/ekipy wyjazdowej			
1.	Dane osobowe dawcy/gościa		
1.1	Nazwisko:	Imię:	
1.2	Miejsce urodzenia (<u>wypełnia tylko dawca</u>):	PESEL (<u>wypełnia tylko dawca</u>):	
1.3	Adres zamieszkania:	Tel.:	
2.	Zaznacz znakiem „X” właściwą odpowiedź	TAK	NIE
3.	Czy <u>obecnie</u> lub <u>w ciągu ostatnich 10 dni</u> miał Pan/Pani jakiegokolwiek objawy infekcji**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1	katar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	duszności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	bóle mięśni (objaw infekcji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	biegunka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	wymioty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	inne	(jakie?)	<input type="checkbox"/>
4.	Wynik pomiaru temperatury: °C (powyżej 37,5°C <input type="checkbox"/> **)		
5.	Czy w ciągu 10 dni miał Pan/Pani bliski kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem lub podejrzeniem o zakażenie/objętą kwarantanną?	<input type="checkbox"/> ** (data kontaktu)	<input type="checkbox"/>
6.	Czy jest Pan/Pani objęty/-a kwarantanną w związku z koronawirusem?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>

Potwierdzam, że zapoznałam/łem się z udostępnioną klauzulą informacyjną RODO (dotyczy dawców, gości). Oświadczam, że podane przeze mnie informacje zawarte w ankiecie są zgodne z prawdą.

.....
miejsce, data

.....
podpis dawcy/gościa

.....
podpis osoby wstępnie kwalifikującej

.....
data/podpis osoby rejestrującej (w przypadku dawców)/kierownika komórki organizacyjnej (dotyczy gościa)

* **niepotrzebne skreślić**

** jeżeli zaznaczone – w przypadku gości **powiadomić telefonicznie kierownika komórki organizacyjnej**