

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO SZCZEPIENIA

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

Potwierdzam, że:

- brak jest epidemiologicznych czynników ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 zarówno u dziecka, jak i jego opiekunów lub innych domowników (np. powrót w ciągu 14 ostatnich dni z rejonów o dużej i utrwalonej transmisji SARS-CoV-2 lub kontakt w ciągu ostatnich 14 dni z osobą zakażoną SARS-CoV-2 lub chorą na COVID-19 lub przebywającą w kwarantannie z powodu ryzyka zakażenia SARS-CoV-2)

Tak

Nie

- zarówno dziecko jak i rodzic/opiekun, a także ich domownicy nie mają objawów ostrej infekcji (gorączka, kaszel, duszność, biegunka), które mogłyby wskazywać na COVID-19.

Tak

Nie

Do szczepienia z dzieckiem może przyjść tylko jedna osoba, bez objawów infekcji.

podpis rodzica/opiekuna