

Ankieta wstępnej kwalifikacji / АНКЕТА ПОЧАТКОВОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ

Imię i nazwisko pacjenta / ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ:		
PESEL pacjenta / НОМЕР ПАСПОРТУ:		
Miejsce urodzenia pacjenta / МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ ПАЦІЄНТА:		
Imię i nazwisko matki: ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ МАТЕРІ:		
Imię i nazwisko ojca / ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ БАТЬКА:		
Numer telefonu pacjenta/opiekuna TELEFONНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА АБО ОПІКУНА:		
Adres zamieszkania / АДРЕС ПРОЖИВАННЯ:		
Adres e-mail / ЕЛЕКТРОННА ПОШТА:		
Data przekroczenia granicy / дата перетину кордону:		
	Pacjent / Пацієнт	Opiekun / Опікун
Gorączka pow. 38st C / Температура вище 38 градусів	Так / Ні	Так / Ні
Kaszel, ból gardła / Кашель, біль горла	Так / Ні	Так / Ні
Uczucie duszności, trudności w nabieraniu powietrza/nagła utrata węchu/smaku* / Відчуття нестачі повітря, втрата нюху/смаку	Так / Ні	Так / Ні
Czy w ostatnich 10 dniach był kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie korona wirusem SARS-CoV-2? / Контакт за останні 10 днів з людиною, у якої була підтверджена інфекція коронавірусом SARS CoV-2?	Так / Ні	Так / Ні
Czy w ostatnich 10 dniach był kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie? / Контакт за останні 10 днів з людиною на карантині?	Так / Ні	Так / Ні
Czy jest Pan/Pan w pełni zaszczepiony/a przeciwko COVID-19? / Ви повністю вакциновані проти COVID-19?	Так / Ні	Так / Ні
Inne ważne informacje nie ujęte w ankiecie a występujące u domowników bądź innych osób z bliskiego otoczenia w ostatnich dwóch tygodniach (osłabienie, kaszel, duszność, bóle mięśniowo-stawowe, utrata węchu, gorączka, biegunka, „zatłokany nos”*)? / Інша важлива інформація, яка не включена в анкету, але виникають у членів сім'ї або людей з навколишнього середовища (слабкість, кашель, задишка, біль у м'язах і суглобах, втрата нюху, температура, діарея, «закладений ніс»)*?		

*zakreślić prawidłową odpowiedź / оберіть симптоми які виникають

POUCZENIE PRAWNE

Надання неправдивої інформації у анкеті, може призвести до кримінальної відповідальності на підставі:

1) ст. 165 кримінального кодексу: Хто завдав небезпечки життю чи здоров'ю багатьох людей або майну у великих розмірах: спричинив епідеміологічну загрозу чи поширення інфекційну хворобу чи хворобу тварин чи рослин, підлягає покаранню у вигляді позбавлення волі, позбавлення волі на строк від 6 місяців до 8 років, буде смерть людини або тяжке поранення, кодекс передбачає позбавлення волі на строк від двох до 12 років.

2) ст. 161 кримінального кодексу:

Kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

3) ст. 156 § 1 п. 2 кримінального кодексу:

Xto завдав серйозної шкоди здоров'ю чи вигляді (...) іншої тяжкої втрати працездатності, тяжкої невиліковної або тривалої хвороби, захворювання, що дійсно загрожує життю, стійкого психічного захворювання, повної або значної стійкої втрати працездатності або стійке, значне спотворення або деформація тіла, карється позбавленням волі на строк не менше 3 років. Якщо до дня, зазначеного в § 1, є наслідком смерті людини, винний підлягає покаранню у вигляді позбавлення волі на 5 років, карється позбавленням волі на строк до 25 років або довічним позбавленням волі.

Podpis pacjenta/opiekuna
Підписпацієнта/опікуна

BADANIE PIEŁĘGNIARKI / ОГЛЯД МЕДСЕСТРОЙ

TEMPERATURA CIAŁA / температура тіла	°C	Data badania / дата проведення тесту	
LICZBA ODDECHÓW / кількість вдихів	/min./ хвилина	Godzina badania / час	
SATURACJA (mierzona pulsoksymetrem) / насичення (вимірюється пульсоксиметром)	%	<input type="checkbox"/> Potwierdzam, że zweryfikowałam/tem pełne zaszczepienie opiekuna/pacjenta Unijnym Certyfikatem COVID, poprzez aplikację mObywatel lub wydruk potwierdzający szczepienie./ Я підтверджую, що повна вакцинація опікуна/пацієнта сертифікатом ЄС про COVID була підтверджена за допомогою програми mObywatel або роздруківки, що підтверджує вакцинацію	
UWAGI / зауваження :		Pieczętka i podpis pielęgniarzki / Печатка та підпис медичної сестри	