

Dotazník rizika infekce COVID-19	
Jméno a příjmení (klient, zaměstnanec, návštěva, praxe apod.)	
Datum narození	
Kontaktní údaje	
Měl/a jste Vy nebo někdo z Vašich blízkých (rodina, přátelé atd.) v posledním týdnu zvýšenou tělesnou teplotu, zimnici nebo třesavku, nově vzniklý kašel, dušnost, bolesti svalů, zvýšenou únavu, ztrátu čichu, rýmu (nealergickou), bolest v krku nebo průjem?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Vrátil/a jste se v posledních 14 dnech ze zahraničí?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Měl/a jste rizikový kontakt s osobou s onemocněním COVID-19?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Absolvoval/a jste test na COVID-19 a výsledek byl pozitivní?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Máte nařízenou domácí karanténu krajskou hygienickou stanicí?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

Vyplněním tohoto formuláře souhlasím se zpracováním osobních údajů za účelem posouzení zdravotního rizika a přístupu k sociální službě poskytovatele denního stacionáře Centrum Zdislava. Souhlas je platný až do doby jejich archivace a skartace, v souladu se zákonem č. 499/2004Sb. – Zákon o archivnictví a spisové službě.

Datum.....

Podpis opatrovník, zákonný zástupce.....

Podpis ostatní.....