

Ośrodek Wspomagania Rozwoju DOBRE MIEJSCE

psychoterapia, warsztaty, szkolenia,
konsultacje, logopedia,

www.kuzniki.com.pl
ul. Mazurska 15
42-202 Częstochowa



....., 20.... r.
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko pacjenta/klienta)

.....
(numer telefonu)

Ankieta wstępnej kwalifikacji

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2?
 - Tak
 - Nie
2. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
 - Tak
 - Nie
3. Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach wystąpiły u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?
 - Tak
 - Nie
 - Inne nietypowe. Proszę podać jakie

.....
.....

Zobowiązuję się do wcześniejszego powiadomienia telefonicznie pracownika Ośrodka, jeżeli w kolejnych tygodniach któraś z powyższych kwestii ulegnie zmianie.

.....
(podpis)

Ośrodek Wspomagania Rozwoju DOBRE MIEJSCE

psychoterapia, warsztaty, szkolenia,
konsultacje, logopedia,

www.kuzniki.com.pl

ul. Mazurska 15
42-202 Częstochowa



Oświadczenie

W związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz ogłoszonym stanem pandemii, potwierdzam, że zostałem poinformowany/a, że w zgodzie z zaleceniami ekspertów, oraz stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, do czasu opanowania sytuacji epidemicznej, sugerowane jest, aby wszystkie konsultacje, sesje terapeutyczne oraz pomoc kryzysowa odbywały się online, za pomocą komunikatorów internetowych.

Oświadczam, że poinformowano mnie o możliwości odbywania sesji online lub zawieszenia spotkań do czasu opanowania sytuacji epidemicznej, jednak zdecydowałem/am się na terapię w gabinecie, w kontakcie bezpośrednim i zapoznałem z procedurami zamieszczonymi na stronie Ośrodka.

Jestem świadomy/a ryzyka związanego z formą kontaktu i w przypadku zarażeń wirusem SARS-CoV-2 nie będę wnosił roszczeń w stosunku do firmy: Ośrodek Wspomagania Rozwoju *Dobre Miejsce* ul. Mazurska 15, Częstochowa, jako jednostki świadczącej usługi, ani bezpośrednio do osób udzielających pomocy.

Jednocześnie w przypadku konieczności, wynikającej z pojawienia się przesłanek, wskazujących na możliwość pozytywnego wyniku na obecność wirusa SARS-CoV-2 u osoby terapeuty, wyrażam zgodę na ujawnienie informacji o moim kontakcie z ww. terapeutami, bez podawania szczegółów dotyczących formy/rodzaju tego kontaktu.

.....
(podpis)