

# Ankieta wstępnej kwalifikacji dotycząca stanu zdrowia

Dane salonu kosmetycznego będącego administratorem Pani danych osobowych:

IMIĘ I NAZWISKO

NR TELEFONU

## Proszę zaznaczyć właściwe:

- 1) Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywała Pani/ któryś z domowników poza granicami kraju?

**TAK / NIE**

- 2) Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/któryś z domowników bezpośredni lub pośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2?

**TAK / NIE**

- 3) Czy obecnie podlega Pani/domownicy obowiązkowej, 14 dniowej kwarantannie?

**TAK / NIE**

- 4) Czy odbyła Pani/domownicy obowiązkową, 14 dniową kwarantannę ?  
Jeśli tak, kiedy kwarantanna się skończyła?

**TAK / NIE** \_\_\_\_\_

- 5) Czy został u Pani/domowników przeprowadzony test na obecność wirusa SARS-CoV-2?  
Jeśli tak, jaki dał wynik?

**TAK / NIE** \_\_\_\_\_

Jeśli odpowiedział TAK i wynik był POZYTYWNY, odpowiedz na pytania 6-8.

- 6) Czy była Pani/domownik poddana/ny hospitalizacji w związku z wykryciem u Pani wirusa SARS-CoV-2?

**TAK / NIE**

- 7) Czy odbywa Pani/domownik obecnie tzw. hospitalizację domową, związaną z wykryciem u Pani wirusa SARS-CoV-2?

**TAK / NIE**

- 8) Czy została Pani/domownik uznana za wyleczoną (test na obecność wirusa dał wynik negatywny) oraz kiedy?

**TAK / NIE** \_\_\_\_\_

- 9) Czy obecnie obserwuje Pani/ któryś z domowników u siebie takie objawy jak: kaszel, gorączka, duszność, bóle mięśni, ból gardła, inne. Jeśli tak, to jakie?

**TAK / NIE** \_\_\_\_\_

- 10) Czy w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w objawy u Pani lub kogoś z domowników?

**TAK / NIE**

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie w powyższym kwestionariuszu informacje są według posiadanej przeze mnie wiedzy zgodne z prawdą. Jednocześnie zdaję sobie sprawę, że świadome podanie nieprawdziwych informacji, a co za tym idzie narażenie właściciela mobilnego salonu na zarażenie chorobą zakaźną taką jak COVID-19 zagrożone jest zgodnie z art. 161 kodeksu karnego karą ograniczenia lub pozbawienia wolności do roku.

Podczas wykonywania zabiegu kosmetycznego, pomimo zastosowania środków ochronnych może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Klientka rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań związanych z COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina).

Oświadczam, że jestem świadoma opisanego powyżej ryzyka podczas wizyty.

---

DATA I PODPIS

Administratorem danych podanych w powyższej ankiecie jest mobilny salon kosmetyczny, którego dane podano w nagłówku ankiety. Dane będą przetwarzane ze względu na realizację celów związanych z interesem publicznym (art. 9 ust. 2 lit. g RODO) przez okres 21 dni od podpisania powyższej ankiety, a następnie usunięte. Posiada Pani prawo dostępu do treści swoich danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych o zdrowiu podanych powyżej w celu oceny możliwości dopuszczenia do zabiegu, a następnie jego wykonania.

---

DATA I PODPIS

**Obowiązujące zasady bezpieczeństwa:**

- o należy posiadać swoją maseczkę,
- o zakaz używania telefonu komórkowego w trakcie wykonywania usługi,
- o przed wykonywanym zabiegiem należy umyć i zdezynfekować dłonie,
- o wietrzenie pomieszczenia przed wizytą i w czasie wykonywania usługi,
- o w pomieszczeniu powinna przebywać tylko jedna osoba – klientka.

**Wizyta zostanie odwołana jeśli u klientki/któregoś z domowników:**

- o występują objawy wskazujące na chorobę zakaźną bądź inną,
- o ma podwyższoną temperaturę,
- o jest w trakcie odbywania obowiązkowej izolacji/ kwarantanny,
- o w ciągu tygodnia miał/a kontakt z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 ,podejrzaną o zakażenie lub skierowaną na izolację.