



Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL Pacjenta

Oświadczenie pacjenta/prawnego opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami

Wizyta w placówce medycznej oraz wszystkie zabiegi stomatologiczne, rehabilitacyjne zwiększają emisję czynników potencjalnie chorobotwórczych w tym także Koronawirusa SARS-CoV-2. Osobom powyżej 65. roku życia i/lub z chorobami układu krążenia, nadciśnieniem, chorobami układu oddechowego, zmniejszoną odpornością, cukrzycą zaleca się w miarę możliwości unikanie wizyt w placówkach medycznych i korzystanie z teleporad. Takie osoby znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka.

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Czy Pani/Pan lub ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 3 tygodni został decyzją sanepidu skierowany na kwarantannę? TAK/NIE
2. Czy Pani/Pan lub ktoś z Państwa domowników był zakażony koronawirusem SARS-CoV-2? TAK/NIE
3. Czy Pani/Pan lub ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 3 tygodni pracował lub odwiedzał jednostkę opieki zdrowotnej, w której leczono lub wykryto przypadek pacjenta zakażonego koronawirusa SARS-CoV-2? TAK/NIE
4. Czy u Pani/Pana lub kogoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 3 tygodni występowały objawy kaszlu, kataru, duszności, temperatury lub inne objawy grypopodobne? TAK/NIE
5. Czy u Pani/Pana lub kogoś z Państwa domowników została stwierdzona temperatura wyższa niż 37,3 w ciągu ostatnich 3 tygodni? TAK/NIE
6. Temperatura ciała zmierzona w dniu wizyty (uzupełnia lekarz)
7. Proszę wymienić przyjmowane leki:

.....
.....

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i zgodne ze stanem na dzień podpisania. W związku z wizytą w placówce medycznej jestem świadomy zwiększonego ryzyka zakażenia czynnikami potencjalnie chorobotwórczymi, w tym także Koronawirusa SARS-CoV-2. Podczas przybywania w placówce opieki zdrowotnej, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań zdrowotnych COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie narządów oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę pacjenta). Złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą i narażenie innych osób może skutkować odpowiedzialnością karną i konsekwencją pokrycia wszystkich kosztów wynikających z zadośćuczynienia osobom pokrzywdzonym oraz pokrycia strat Przychodni AMODENT. Pacjent zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania personelu placówki, jeśli w ciągu 14 dni od wizyty zostanie podany kwarantannie.

Data i podpis Pacjenta:..... Podpis Lekarza/Fizjoterapeuty:.....