

Data .....

Niżej podpisana/-y .....

działając w imieniu własnym lub w imieniu małoletniego .....  
i swoim, oświadczam, że nie mogę wykluczyć, iż w ciągu ostatnich 14 dni:

- małoletni miał kontakt z osobą zainfekowaną wirusem COVID-19,
- małoletni miał kontakt z osobą mogącą być zainfekowaną wirusem COVID-19, na przykład powracającą z rejonów, w których wirus występuje lub z osobami mającymi kontakt z takimi osobami,
- w sklepach, aptekach, punktach usługowych, w których dokonywaliśmy zakupów nie było, w ciągu poprzednich 4 godzin, osób zainfekowanych wirusem COVID-19,
- żadna z osób, z jakimi się stykaliśmy nie miała kontaktu z osobami mogącymi być nosicielami, nawet bezobjawowymi wirusa COVID-19.

.....  
czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

**Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową**

Podczas przybywania w dentobusie, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina pacjenta).

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałam/miałem możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych dla mnie odpowiedzi.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt przeprowadzanych w dentobusie, a podpis składam dobrowolnie.

Ekodent Sp. z o.o.  
ul. Krypska 30a  
04-082 Warszawa

**Szanowni Państwo,**

informujemy, iż wszelkie zabiegi stomatologiczne są obciążone zwiększoną emisją czynników potencjalnie chorobotwórczych.

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania (właściwe zakreślić).

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny za granicą? **TAK/NIE**

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą? **TAK/NIE**

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? **TAK/NIE**

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? **TAK/NIE**

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ? **TAK/NIE**

**Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa/Państwa dziecka/ Podopiecznego**

.....  
Data czytelny podpis pacjenta/opiekuna

Data:

Podpis lekarza:

Podpis pacjenta/opiekuna: