

Prosimy zapoznać się z treścią Oświadczenia, ale nie drukować go. Każdy pacjent otrzyma dokument do podpisania przed rozpoczęciem wizyty lekarskiej.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że:

- Nie jestem objęta/objęty izolacją, kwarantanną, ani nadzorem epidemicznym.
- W ciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałam/ nie zaobserwowałem u siebie podwyższonej temperatury ciała, kaszlu, duszności, bólu mięśni, bólu stawów, biegunki, zaburzeń smaku i węchu.
- Wyżej wymienione objawy nie występują również u osób zamieszkujących ze mną we wspólnym domostwie, ani u moich współpracowników.
- Nie miałam/miałem kontaktu z osobą zarażoną koronawirusem (2019-nCoV), ani osobą podejrzaną o zarażenie.
- W ostatnich 14 dniach nie przebywałam/przebywałem za granicami Polski.
- Mój partner/partnerka nie przebywała/przebywał w ciągu ostatnich 14 dni za granicami Polski.

Skierniewice dn..... Czytelny podpis
pacjentki/pacjenta.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO DOTYCZĄCE ŚWIADOMOŚCI RYZYKA ZAKAŻENIA PATOGENAMI PRZENOSZONYMI DROGA KROPELKOWĄ

Podczas przebywania w pomieszczeniach ARBORMED, 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 powikłań COVID-19, w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę pacjenta).

Pacjent rozumie również, iż podczas wszelkich czynności medycznych u naszych lekarzy może dojść do powyższego zakażenia, pomimo stosowania zalecanych środków ochronnych.

OŚWIADCZAM, że przed podpisaniem dokumentu miałem/miałam możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych odpowiedzi zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat nowego zagrożenia infekcji wirusem SARS Cov-2, zdając sobie sprawę, iż dotychczasowe badania nie są jeszcze kompletne.

OŚWIADCZAM, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas tej wizyty i wszystkich kolejnych. ŚWIADOMIE decyduję się na skorzystanie z pomocy lekarskiej w gabinecie ARBORMED i odstępuję od wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniami wobec podmiotu leczniczego i przyjmujących mnie lekarzy.

Podpis składam dobrowolnie.

Data:.....

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna