DANE PACJENTA WROCŁAW……………….

………………………………………………………….

…………………………………………………………..

ZGODA NA LECZENIE

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2 , wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w gabinecie IPS ‘PROMOCJA’ przy ulicy Kniaziewicza 16a we Wrocławiu.

Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałam/-łem u siebie żadnych objawów infekcji, nie miałam/-łem kontaktu z osoba objętą kwarantanna, oraz nie przebywałem/-łam , i nie przebywam na kwarantannie,oraz , że nie byłam/-łem poza granicami Polski.

Poświadczenie nieprawdy,a co za tym idzie ,narażenie innych osób na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakażnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Podpis pacjenta………………………………………………………………….

Oświadczenie pacjenta dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową.

Podczas przebywania w gabinecie stomatologicznym,pomimo zastosowania środków ochronnych,może dojść do zakażenia wirusem SARSCo-V2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową.Pacjent lub jego opiekun prawny w pełni rozumie i AKCEPTUJE powyższe ryzyko zakażenia,ryzyko wszystkich powikłań COVID 19,w tym nieodwracalnego uszkodzenie płuc, a także możliwe przeniesienie zakażenia na inne osoby.

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałam/-łem możliwość zadania pytań oraz , ze udzielono mi na nie zrozumiałych odpowiedzi.

Oświadczam, że jestem ŚWIADOMY/-MA opisanego powyżej ryzyka podczas tej , oraz wszystkich kolejnych wizyt stomatologicznych,a podpis składam DOBROWOLNIE.

W dniu dzisiejszym pomiar temperatury wynosi…………………………………….

Podpis pacjenta……………………………………………………………………………………..

Data…………………………………………