

Gliwice/Sośnicowice dn,

Dane pacjenta:

.....
.....
.....

Zgoda

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2 wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w gabinecie **Primadent Stomatologia Rodzinna S.C.**

Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/-łam u siebie objawów infekcji, nie miałem kontaktu z osobą objętą kwarantanną, oraz nie przebywałem poza granicami Polski.

Poświadczenie nieprawdy - a co za tym idzie narażanie osób drugich na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Podpis pacjenta

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową

Podczas przybywania w gabinecie stomatologicznym, 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 stomatologicznych, a podpis składam dobrowolnie.

W dniu dzisiejszym pomiar temperatury

Podpis pacjenta