

(pieczęć praktyki)

Przeclaw, .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL:.....

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA  
DOTYCZĄCE PODJĘCIA I KONTYNUACJI LECZENIA W OKRESIE PANDEMII**

Jestem świadom, że podczas przebywania i zabiegów wykonywanych w gabinecie stomatologicznym, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową.

Rozumiem oraz świadomie akceptuję powyższe ryzyko, a także ryzyko powikłań z tym związanych oraz możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby w tym rodzinę.

**Wyrażam świadomą zgodę na podjęcie i kontynuację leczenia.**

(data) .....

.....

(podpis pacjenta/ opiekuna)

Szanowni Państwo!

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.

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

Data.....

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna.....