

OŚWIADCZENIE PACJENTA PEŁNOLETNIEGO

Niniejsze oświadczenie pacjent składa w rozmowie telefonicznej związanej z umówieniem terminu wizyty. Przy okazji wizyty w Poradni potwierdza je na piśmie, które pozostaje w Teczce Indywidualnej pacjenta.

Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z zagrożenia, które niesie ze sobą zakażenie koronawirusem lub/i zachorowania na COVID – 19, zapoznałem się z zaleceniami „Procedury bezpieczeństwa wewnętrznego”, obowiązującymi w czasie reżimu sanitarnego w Poradni, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

1. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała termometrem bezdotykowym, przed wejściem na teren Poradni i w razie wystąpienia u mnie niepokojących objawów zdrowotnych w trakcie korzystania z usługi.

2. Oświadczam, że nie miałem kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19, a także oświadczam, że nikt z członków najbliższej rodziny oraz z mojego otoczenia, nie przebywa na kwarantannie i nie przejawia widocznych oznak choroby.

3. W przypadku stwierdzenia temperatury ciała wyższej, niż 37°C lub objawów chorobowych, zobowiązuję się do poddania specjalnej procedurze, obowiązującej w Poradni i poinformowania o zaistniałej sytuacji (nazwisko i imię, adres i nr telefonu)

.....

4. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania dyrektora Poradni lub Specjalisty, prowadzącego moją diagnozę/terapię, gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zarażony przez koronawirusa COVID-19.

5. Podejmując decyzję o korzystaniu z usług w Poradni, rozumiem, że przestrzeganie zaleceń zawartych w „Procedurach bezpieczeństwa wewnętrznego” minimalizuje, jednak nie eliminuje możliwości zakażenia COVID-19.

.....

Własnoręczny czytelny podpis

Skarżysko- Kamienna, data