

Oświadczenia

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Data urodzenia

1. Oświadczam, że zapoznałam się z treścią dokumentu „Zasady udzielania świadczeń w OneDent Stomatologia, OneDent Klinika Stomatologiczna Anna Samarcew-Krawczak, OneDent Klinika Stomatologiczna Anna Sowińska”

.....
miejsowość, data, podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

2. WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Proszę o podkreślenie właściwej odpowiedzi:

Czy jest Pan/Pani objęty kwarantanną? TAK/NIE

Czy miał Pan/Pani kontakt z osobami z Covid19? TAK/NIE

Czy miał Pan/Pani kontakt z osobami poddanymi kwarantannie? TAK/NIE

Czy miał Pan/Pani gorączkę, kaszel, katar, zapalenie spojówek lub trudności w oddychaniu/duszności? TAK/NIE

Proszę o uzupełnienie odpowiedzi

W jaki sposób planuje Pan/Pani dotrzeć do gabinetu np. pieszo, komunikacją miejską?

Jaki jest ogólny stan Pan/Pani zdrowia?

.....
miejsowość, data, podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

3. 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)

.....
miejsowość, data, podpis pacjenta lub opiekuna prawnego