



SP ZOZ Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie

31-155 Kraków, ul. Montelupich 4 tel. 012 424 54 24

OŚWIADCZENIE

DATA: _____

(formularz należy wypełnić w dniu wizyty)

NR HZICH: _____

(wypełnia pracownik Kliniki)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: _____

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z ogłoszonym stanem epidemii COVID-19, niniejszym oświadczam, że:

- 1) Nie jestem na kwarantannie, nie miałem/am kontaktu z osobami zakażonymi wirusem SARCoV-2 oraz nie miałem/am kontaktu z osobami przebywającymi na kwarantannie lub w izolacji domowej,
- 2) Obecnie nie stwierdzam u siebie następujących objawów:
 - a) gorączka, kaszel, który jest nowym objawem i nie można go przypisać innej chorobie przewlekłej (np. astma, alergia),
 - b) duszność, która jest nowym objawem, niezwiązana z innym stanem przewlekłym,
 - c) bóle mięśni niezwiązane z innym stanem chorobowym lub inną specyficzną aktywnością (np. z powodu ćwiczeń fizycznych),
 - d) ból gardła (zapalenie gardła) niezwiązany z innym stanem chorobowym,
 - e) zaburzenia węchu i zaburzenia smaku.

Oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadk , gdy okaże się, że jestem chory również na odpowiedzialność karną. Oświadczam, że mam świadomość występowania w Polsce stanu epidemii wywoływanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 i związanego z nią ryzyka zakażenia niezależnie od zastosowania przez Uniwersytecką Klinikę Stomatologiczną w Krakowie najwyższych standardów ochrony. Pomimo wskazanego ryzyka wyrażam zgodę na przeprowadzenie leczenia stomatologicznego z uwagi na pilność mojego przypadku.

Podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego: _____