



WYWIAD COVID 19

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO

PESEL OPIEKUNA PRAWNEGO

Świadoma/y zagrożenia epidemiologicznego i konsekwencji jakie może spowodować podanie przeze mnie informacji niezgodnych z prawdą oraz świadoma/y, jak ważne jest bezpieczeństwo personelu medycznego w gabinecie stomatologicznym, aby mógł on nieść pomoc osobom potrzebującym tej pomocy oświadczam, że podane przeze mnie informacje na temat stanu mojego zdrowia są prawdziwe i zgodne z moim aktualnym stanem wiedzy.

Oświadczam, iż NIE występują u mnie obecnie objawy: gorączka, suchy kaszel, duszność, katar, ból głowy. NIE miałam/em kontaktu z osobą zarażoną COVID-19. NIE przebywam obecnie na kwarantannie z powodu obecnej sytuacji epidemiologicznej. Zobowiązuję się, że w razie powzięcia informacji o nieznanym mi obecnie okolicznościach, mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo personelu medycznego i pacjentów mających styczność z tym personelem, niezwłocznie poinformuję o tym personel gabinetu stomatologicznego. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em pouczony o treści art. 165 k.k.: „§ 1 pkt 1 “Kto sprowadza niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach: 1) powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej albo zarazy zwierzęcej lub roślinnej, [...] podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. § 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka lub ciężki uszczerbek na zdrowiu wielu osób, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12. § 4. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 2 jest śmierć człowieka lub ciężki uszczerbek na zdrowiu wielu osób, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

DATA WIZYTY

CZYTELNY PODPIS PACJENTA [OPIEKUNA]

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO

PESEL OPIEKUNA PRAWNEGO

Podczas przybywania w gabinecie stomatologicznym, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjentka (i/lub jej 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 rodzinę pacjenta)

DATA WIZYTY

CZYTELNY PODPIS PACJENTA [OPIEKUNA]

