

Dane pacjenta:

.....
.....
.....

ZGODA/OŚWIADCZENIE

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2 wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w gabinecie Centrum Stomatologii Consalmed. Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/-am u siebie objawów infekcji (kaszel, katar, duszność, podwyższona temperatura, utrata smaku, węchu), nie miałem/-am kontaktu z osobą objętą kwarantanną oraz nie przebywałem/-am poza granicami Polski.

Poświadczenie nieprawdy, a co za tym idzie narażenie osób drugich na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

CZYTELNY PODPIS PACJENTA.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO DOTYCZĄCE ŚWIADOMOŚCI RYZYKA ZAKAŻENIA PATOGENAMI PRZENOSZONYMI DROGĄ KROPELKOWĄ

Podczas przebywania w gabinecie stomatologicznym Consalmed, Ul.Siemieńskiego 4A/1A we Wrocławiu, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS CoV-2 lub innymi drobnoustrojami przenoszonymi drogą kropelkową.

Pacjent (i/lub prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko powikłań COVID-19, w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby. Pacjent rozumie również iż podczas wszelkich czynności medycznych u naszych lekarzy (leczenie stomatologiczne, konsultacja, zabieg ambulatoryjny) może dojść do powyższego zakażenia pomimo stosowania zalecanych środków ochronnych.

OŚWIADCZAM, że przed podpisaniem dokumentu miałem/am możliwość zadania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych odpowiedzi zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat nowego zagrożenia infekcji wirusem SARS CoV-2, zdając sobie sprawę iż dotychczasowa wiedza medyczna nie jest jeszcze kompletna.

OŚWIADCZAM, że jestem świadoma/y opisanego powyżej ryzyka podczas tej wizyty i wszystkich kolejnych. **ŚWIADOMIE** decyduję się na skorzystanie z pomocy lekarskiej w gabinecie stomatologicznym Consalmed. ul. Siemieńskiego 4a/1a we Wrocławiu, i odstępuję od wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniami wobec podmiotu leczniczego/praktyki lekarskiej i przyjmujących mnie lekarzy. Podpis składam dobrowolnie.

CZYTELNY PODPIS PACJENTA.....