

Imię i nazwisko pacjenta

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, prosimy o zaznaczenie odpowiedzi zgodnej ze stanem faktycznym

	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 14 dni była Pani/Pan objęta kwarantanną?		
Czy obecnie przebywa Pani / Pan na kwarantannie?		
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)		
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu ostatnich 14 dni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?		
Czy w ciągu ostatnich 14 dni pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?		
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich 14 dni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?		
Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich 14 dni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?		
Czy w przeciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka?		
Czy w przeciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana kaszel?		
Czy w przeciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana katar?		
Czy w przeciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana duszności?		

Nazwy leków przeciwbólowych stosowanych w dniu wczorajszym

.....

Nazwy leków przeciwbólowych stosowane w dniu dzisiejszym

.....

Oświadczam, iż mam świadomość, że podanie przeze mnie nieprawdziwych danych w zakresie ww. wskazanych lub zatajenie danych o moim stanie zdrowia w związku z występowaniem koronawirusa w Polsce (SARS-CoV-2 oraz COVID-19) i zdając sobie sprawę, że zatajenie tych danych może spowodować zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej, **jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny oświadczam, że: podane przeze mnie informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis pacjenta/prawnego opiekuna)

Zwracam się z prośbą o wykonanie zabiegu leczniczego w okresie epidemii i wyrażam świadomą zgodę na zabieg.

.....
(data i podpis pacjenta/prawnego opiekuna)

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

.....
(data i podpis pacjenta/prawnego opiekuna)