

Imię Nazwisko PESEL

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z ze stanem epidemii związaną z wirusem SARS- CoV-2, niniejszym oświadczam, **że w ciągu ostatnich 14 dni:**

	tak	nie
przebywałem/-am w kraju/regionie ryzyka wskazanych przez WHO i GIS		
miałem/-am kontakt z osobami z obszarów zagrożonych		
miałem/-am kontakt z osobami z CoViD19		
miałem/-am kontakt z osobami poddanymi kwarantannie		
miałem/-am gorączkę, kaszel, katar, zapalenie spojówek lub trudności w oddychaniu/duszności / ból gardła		

Informacja w zakresie ogólnego stanu zdrowia :

	Tak	nie
Choruję	Wpisać jakie choroby	
Przyjmuję leki	Wpisać jakie	

Oświadczam , że zdaję sobie sprawę z konsekwencji w przypadku podania nieprawdziwych danych odnośnie mojego stanu zdrowia , zatajenie danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie, jak również może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta .

Oświadczam iż mam świadomość iż 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 CONVID-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 czytelny pacjenta/opiekuna prawnego

W związku z wprowadzeniem w dniu 20.03.2020 r. stanu epidemii w związku z wirusem SARS- CoV-2 zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 9 art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) udzielono mi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zostałem /am poinformowany /a o zasadach i przepisach w zakresie ochrony danych osobowych oraz o tym iż Administratorem Danych Osobowych jest Galileo-Kamil Abed, NIP: 5222558165, ul. Gołuchowska 7, 01-485 Warszawa.

.....

Data/podpis czytelny pacjenta /przedstawiciela ustawowego