

OŚWIADCZENIE PACJENTA

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. ZAPOZNANO MNIE ZE ŚRODKAMI OSTROŻNOŚCI ZAPOBIEGAJĄCYMI PRZENIESIENIU ZAKAŻENIA DROBNOUSTROJAMI (W SZCZEGÓLNOŚCI ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS COV-2) NA INNE OSOBY STOSOWANYMI W PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNEJ LANCET W ZAKRESIE ORGANIZACJI PRACY, WYKORZYSTYWANYCH ŚRODKÓW OCHRONY OSOBISTEJ PERSONELU I PACJENTÓW
2. PRZEKAZAŁAM/PRZEKAZAŁEM INFORMACJE O MOIM STANIE ZDROWIA, POBYCIE ZA GRANICĄ RP, EWENTUALNEJ KWARANTANNIE, KONTAKCIE Z OSOBĄ ZARAŻONĄ KORONAWIRUSEM SARS COV-2
3. W WYWIADZIE EPIDEMIOLOGICZNYM POINFORMOWAŁAM/POINFORMOWAŁEM O WIADOMYCH I PRAWDOPODOBNYCH MOŻLIWOŚCIACH ZAKAŻENIA SIĘ WIRUSEM SARS-COV-2
4. MAM ŚWIADOMOŚĆ, ŻE PRZYJĘTE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI I ZASTOSOWANIE SIĘ DO ZALECEŃ NIE GWARANTUJĄ UNIKNIĘCIA ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS-COV-2, PODCZAS PRZYBYWANIA W GABINECIE LEKARSKIM, POMIMO ZASTOSOWANIA ŚRODKÓW OCHRONNYCH, MOŻE DOJŚĆ DO ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS-COV-2 LUB INNYM DROBNOUSTROJEM PRZENOSZONYM DROGĄ KROPELKOWĄ
5. ROZUMIEM RYZYKO ZAKAŻENIA, RYZYKO WYSTĄPIENIA WSZYSTKICH POWIKŁAŃ ZWIĄZANYCH Z CHOROBAJĄ COVID-19, W TYM NIEODWRACALNEGO USZKODZENIA PŁUC ORAZ ZGONU, A TAKŻE MOŻLIWOŚCI PRZENIESIENIA ZAKAŻENIA NA INNE OSOBY (W TYM CZŁONKÓW MOJEJ RODZINY)
6. PRZED DZISIEJSZĄ WIZYTĄ ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA PORADY TELEFONICZNEJ DOTYCZĄCEJ MOJEGO STANU ZDROWIA
7. PROSZĘ O WIZYTĘ LEKARSKĄ UMOŻLIWIAJĄCĄ PRZEPROWADZENIE PEŁNEGO BADANIA FIZYKALNEGO PRZEZ WYBRANEGO PRZEZE MNIE LEKARZA , WYKONANIE KONIECZNYCH BADAŃ DODATKOWYCH ORAZ ZABIEGÓW INWAZYJNYCH(Z NARUSZENIEM POWŁOKI SKÓRNEJ), KONIECZNYCH DLA SKUTECZNEJ TERAPII MOJEGO SCHORZENIA
8. PRZED PODPISANIEM NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA MIAŁAM/MIAŁEM MOŻLIWOŚĆ ZADAWANIA PYTAŃ ORAZ UDZIELONO MI NA NIE ZROZUMIAŁYCH DLA MNIE ODPOWIEDZI

.....
Data i podpis

.....
Temperatura ciała