

Warszawa/Kajetany, dnia ..... 2020 r.

**Wypełnia**

**Pacjent/Opiekun prawny  
w imieniu pacjenta\***

.....

imię i nazwisko pacjenta

Pomiar temperatury:

1. ....

**OŚWIADCZENIE**

Wersja 3.0 październik 2020

1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 60 dni przebyłem potwierdzone zakażenie Covid19

TAK ( data końca izolacji ..... )  NIE

2. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni przebywałem/am w miejscach (dom, DPS, szpital i in.) objętych epidemią, gdzie potwierdzono przypadki zakażenia koronawirusem COVID-19

TAK  NIE

3. Miałem/am w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem

TAK  NIE

4. Jestem objęty/a kwarantanną z powodu infekcji wywołanej koronawirusem

TAK  NIE

5. Jestem objęty/ta samoobserwacją zaleconą w takich przypadkach przez służby sanitarne

TAK  NIE

6. W ostatnich dniach zaobserwowałem/am u siebie poniższe objawy:

- |                                     |                              |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • gorączka > 38°                    | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • kaszel                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • duszność i problemy z oddychaniem | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • silne bóle wielu mięśni           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • nagła utrata węchu i smaku        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że świadome zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem SARS CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

.....  
czytelny podpis składającego oświadczenie

\_\_\_\_\_  
\* zakreśl odpowiednie