

Wypełnia

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

.....

imię i nazwisko pacjenta

Pomiar temperatury:

1.

2.

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 60 dni miałam stwierdzone zakażenie Covid 19
 TAK 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° TAK NIE
 - kaszel TAK NIE
 - duszność i problemy z oddychaniem TAK NIE
 - silne bóle wielu mięśni TAK NIE
 - zaburzenia węchu i smaku TAK 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