

Warszawa/Kajetany, dnia ..... 2021 r.

**Wypełnia**

**Pacjent/Opiekun prawny**

w imieniu pacjenta

Pomiar temperatury:

.....  
imię i nazwisko pacjenta

1. ....

## O Ś W I A D C Z E N I E

w. 4.0 maj 2021

1. Oświadczam, że jestem zaszczepiony/a pełnym cyklem szczepień przeciw COVID-19\* ( proszę przedstawić dokument/aplikacje potwierdzającą)

TAK

NIE

2. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy wg definicji ozdrowieńca\*\* miałem/am stwierdzone zakażenie COVID-19

TAK

NIE

3. 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 (dotyczy osób niezaszczepionych)

TAK

NIE

4. Miałem/am w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem (dotyczy osób niezaszczepionych)

TAK

NIE

5. Jestem objęty/a izolacją z powodu infekcji wywołanej koronawirusem

TAK

NIE

6. Jestem objęty/a samoobserwacją zaleconą przez służby sanitarne

TAK

NIE

7. 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, bóle brzucha | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • zaburzenia węchu i smaku              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

\* osoby zaszczepione przeciw COVID-19 - tzn. osoby, które otrzymały pełny cykl szczepień (szczepionką Pfizer, Moderna, AstraZeneca- 2 dawki, szczepionką Johnson&Johnson 1 dawka)

\*\* osoby będące ozdrowieńcami – tzn. osoby, które zakończyły izolację w warunkach domowych, izolację albo hospitalizację z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, nie później niż 30 dni przed konsultacją lub 60 dni przed planową hospitalizacją .

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.

\_\_\_\_\_  
\* zakreśl odpowiednie

.....  
czytelny podpis składającego oświadczenie