

Warszawa/Kajetany, dnia 2021 r.

Wypełnia

Pacjent/Opiekun prawny

w imieniu pacjenta

.....

imię i nazwisko pacjenta

Pomiar temperatury:

1.

O Ś W I A D C Z E N I E

w. 6.0 ; 28.10.2021 r.

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

TAK

NIE

2. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3/6** miesięcy wg definicji ozdrowieńca** miałem/am stwierdzone zakażenie COVID-19

TAK

NIE

3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni przebywałem/am w 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:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • bóle głowy, ból gardła, suchy kaszel | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • gorączka > 38°, kichanie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • duszność i problemy z oddychaniem | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • bóle mięśni, bóle brzucha, biegunka | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • osłabienie, brak apetytu | <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 .

1. 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.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią **Regulaminu pobytu pacjenta w Poradni/Mochnackiego 10** ; wersja 3.0 z dnia 28.10.2021r/**Szpitalu Kajetany** ; wersja 7.0 z 28.10.2021 r. - Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu zrozumiałem treść i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

* zakresł odpowiednie