

Lecznica OMED-Kabaty02-796 Warszawa, ul. Wąwózowa 21
tel. 22 648 81 41



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni nie byłem/am za granicą Polski i nie kontaktowałem/am się z osobami mającymi podejrzenie zakażeniem COVID-19.

TAK/NIE

Uważam, że jestem zdrowy/a, nie gorączkuję, nie kaszlę, nie mam duszności.

TAK/NIE

Poinformowano mnie o zachowaniu na terenie kliniki i szczególnych środkach ostrożności związanych z przyjęciem mnie.

TAK/NIE

Po opuszczeniu kliniki będę przestrzegał/ła zaleceń GIS celem zapobiegania zakażeniu wirusem COVID-19.

TAK/NIE