

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



Warszawa, dn,

Dane pacjenta:

.....
.....
.....

ZGODA

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty w Klinice OMED w trakcie trwania stane epidemii w Polsce.

Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/am u siebie objawów infekcji, nie miałem/am kontaktu z osobą chorą, objętą kwarantanną, oraz nie przebywałem/am poza granicami Polski.

Poświadczenie nieprawdy – a co za tym idzie narażanie osób drugich na zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Podpis pacjenta

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową.

Podczas przebywania w klinice pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań choroby COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina pacjenta).

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałem/am możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych dla mnie odpowiedzi.

Oświadczam, że jestem świadomy/a opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz kolejnych wizyt, a podpis składam dobrowolnie.

Podpis pacjenta