**Imię ............................................. Nazwisko ............................................. PESEL ………………………….[[1]](#footnote-1)**

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z ze stanem epidemii związaną z wirusem SARS- CoV-2, niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | tak | nie |
| przebywałem/-am w kraju/regionie ryzyka wskazanych przez WHO i GIS  |  |  |
| miałem/-am kontakt z osobami z obszarów zagrożonych  |  |  |
| miałem/-am kontakt z osobami z NCoViD19 |  |  |
| miałem/-am kontakt z osobami poddanymi kwarantannie |  |  |
| miałem/-am gorączkę, kaszel, katar, zapalenie spojówek lub trudności w oddychaniu/duszności / ból gardła |  |  |

Czy w dniu dzisiejszym przyjmował /a Pan/Pani leki :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak – proszę wpisać jaki | nie |
| Zawierające PARACETAMOL |  |  |
| Zawierające IBUPROFEN lub pochodne |  |  |
| Zawierające kwas Acetylosalicylowy |  |  |
| Inne : *Pyralgin, Pyralgina, Realgin, Nefopam, Sativex* |  |  |

Informacja w zakresie ogólnego stanu zdrowia :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak  | nie |
| Choruję  | Wpisać jakie choroby |  |
| Przyjmuję leki | Wpisać jakie  |  |

Oświadczam , że zdaję sobie sprawę z konsekwencji w przypadku podania nieprawdziwych danych odnośnie mojego stanu zdrowia , zatajenie danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie, jak również może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta .

Oświadczam iż mam świadomość iż podanie przeze mnie nieprawdziwych danych w zakresie ww. wskazanych lub zatajenie danych o moim stanie zdrowia w związku z występowaniem koronawirusa w Polsce ( SARS-CoV-2 oraz CONVID-19 ), i zdając sobie sprawę że zatajenie tych danych może spowodować zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny oświadczam, że:

* podane przeze mnie informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

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

Data i podpis czytelny pacjenta/opiekuna prawnego

W związku z wprowadzeniem w dniu 20.03.2020 r. stanu epidemii w związku z wirusem SARS- CoV-2 zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 9 art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) udzielono mi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zostałem /am poinformowana o zasadach i przepisach w zakresie ochrony danych osobowych oraz o tym iż Administratorem Danych Osobowych jest Estetica Gdynia O.Kaska-Czubak, K.Czubak s.c

………………………………………………

Data/podpis czytelny pacjenta /przedstawiciela ustawowego

1. Adw.Ewa Mazur Pawłowska 18.03.2020 [↑](#footnote-ref-1)