

**BY ZMNIĘSZYĆ RYZYKO ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ ZAKAŻEŃ  
KORONAWIRUSEM PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI  
ZGODNIE ZE STANEM FAKTYCZNYM**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES	NR TELEFONU	
PESEL			
Czy w ciągu ostatnich kilku dni wystąpiły u Pani/Pana następujące objawy:		PROSIMY WSTAWIĆ ZNAK X	
		TAK	NIE
Gorączka			
Kaszel			
Uczucie duszności			
Czy w ostatnim czasie był/a Pan/i za granicą?			
Czy miał/a Pan/i kontakt z osobą, która w ostatnim czasie podróżowała za granicę ?			
Czy podróżował/a Pan/i na pokładzie zbiorowych środków transportu, gdzie miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem zakażenia?			
Czy miał/a Pan/i kontakt z osobą ze stwierdzonym zakażeniem (potwierdzonym lub prawdopodobnym) lub osobą będącą w kwarantannie?			
a) Czy Pan/i zamieszkuje z osobą zakażoną?			
b) Czy Pan/i miał/a bezpośredni kontakt fizyczny osobą zakażoną np. przez podanie ręki?			
c) Czy Pan/i miał/a bezpośredni kontakt z wydzielinami osoby zakażonej bez środków ochrony osobistej np. narażenie na kaszel osoby chorej?			
d) Czy Pan/i przebywał /a w odległości do 2 metrów od osoby chorej przez dłuższy czas np. powyżej 15 minut?			
e) Czy jest Pan/i osobą poddaną każdej innej ekspozycji nie wymienionej powyżej?			
Czy jest Pan/i czynnym zawodowo przedstawicielem zawodów medycznych mogących mieć kontakt z osobą zakażoną z objawami infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny?			
a) Czy miał/a Pan/i kontakt jako pracownik lub kontakt z personelem medycznym sprawujący opiekę nad chorym albo z osobą pracującą w laboratorium z próbkami pobranymi od osób zakażonych bez odpowiedniego zabezpieczenia?			
b) Czy wystąpiło u Pana/i uszkodzenie środków ochrony osobistej lub zaistniało ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania bezpośrednio w kontakcie z osobą zakażoną?			
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej lub domu w którym przebywali zakażeni wirusem?			
Czy miał/a Pan/i w ostatnim czasie kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia, grypy, duszności lub innymi objawami infekcji górnych dróg oddechowych bez stwierdzonej innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny?			
Czy została na Pana/Panią nałożona kwarantanna?			
Czy w dniu dzisiejszym Pan/i przyjmował/a leki p .bólowe ,p. zapalne p. gorączkowe lub kwas acetylosalicylowy?			
<b>Temperatura ciała---wypelnia personel medyczny</b>			
<b>PO ZAPOZNANIU SIĘ Z POWYŻSZĄ ANKIETĄ PRZEZ LEKARZA, DZISIEJSZA WIZYTA MOŻE ZOSTAĆ ODROZCZONA Z UWAGI NA BEZPIECZEŃSTWO INNYCH PACJENTÓW ORAZ PERSONELU MEDYCZNEGO</b>			

.....  
data i podpis pacjenta

.....  
podpis przyjmującego oświadczenie

### **Prośba i świadome wyrażenie zgody na zabieg**

Zwracam się z prośbą o wykonanie zabiegu leczniczego w okresie epidemii i wyrażam świadomą zgodę na zabieg.

Wskazano mi stosowane procedury czyszczenia i dezynfekcji pomieszczeń, sprzętu i zabezpieczenia personelu medycznego stosowane w Gabinetcie a to:

- bezdotkowy pomiar temperatury oraz przeprowadzanie wywiadów lekarskich dotyczących zagrożenia zarażenia wirusem COVID-19;
- dezynfekcja pracowników Gabinetu po każdej wizycie ;
- wymiana odzieży personelu medycznego po każdej wykonanej procedurze leczniczej;
- niemożność poruszania się po klinice osób spoza personelu bez nadzoru;
- niedopuszczalność przebywania w Gabinetcie jakichkolwiek osób poza personelem niezbędnym do zapewnienia pracy Gabinetu i pacjentami w trakcie oraz bezpośrednio przed i po wykonaniu procedury leczniczej;
- dezynfekcja i oczyszczenie chemiczne i fizyczne oraz wietrzenie połączone z przerwą w pracy każdego gabinetu po wizycie każdego pacjenta;
- dezynfekcja gabinetu i innych pomieszczeń wykonywana jest przy pomocy preparatów certyfikowanych na usuwanie zagrożenia bakteryjnego i wirusowego oraz grzybiczego ;
- stosujemy preparaty: Skinnmam Soft Virusolve + Incides N lub Cavi Wipes  
husteczki Vellox spray lub Prosept

### **Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową**

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

Oświadczam ,że miałem/am możliwość zadawania pytań i udzielono mi zrozumiałych odpowiedzi zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.

Oświadczam ,że jestem świadomy/a opisanego powyżej ryzyka podczas każdej wizyty. Świadomie decyduje się na skorzystanie z pomocy stomatologicznej.

**Pytania/ nie było pytań - ze strony pacjenta**  
**(wypełnić tak – ze wskazaniem pytań lub nie)**

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Podpis przyjmującego oświadczeń