

**BY ZMNIĘJSZYĆ 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:(ostatnie 2 tygodnie)		PROSIMY WSTAWIĆ ZNAK X	
			TAK NIE
Gorączka			
Kaszel			
Uczucie duszności			
Utrata węchu lub smaku			
Czy miał/a Pan/i kontakt z osobą ze stwierdzonym zakażeniem (potwierdzonym lub prawdopodobnym) lub osobą będącą w kwarantannie?			
<i>Czy została na Pana/Panią nałożona kwarantanna?</i>			
Czy chorował/a Pan/i na COVID-19 potwierdzony testem (kiedy)			
Czy został/a Pan/i zaszczepiona przeciwko COVID- 19?(jeśli tak data szczepienia)			
Czy w dniu dzisiejszym Pan/i przyjmował/a leki p .bólowe ,p. zapalne p. gorączkowe lub kwas acetylosalicylowy?			
Temperatura ciała---wypełnia personel medyczny			
PO ZAPOZNANIU SIĘ Z POWYŻSZĄ ANKIETĄ PRZEZ LEKARZA, DZISIEJSZA WIZYTA MOŻE ZOSTAĆ ODRO CZONA Z UWAGI NA BEZPIECZEŃSTWO INNYCH PACJENTÓW ORAZ PERSONELU MEDYCZNEGO			

.....

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:

- bezdotykowy 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