Imię ..... **Nazwisko** ..... **PESEL** .....**Klasa**.....

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku ze stanem epidemii spowodowanej 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 , zatajenia 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, że podanie przeze mnie nieprawdziwych danych lub zatajenie danych o moim stanie zdrowia, w związku z występowaniem korona wirusa w Polsce (SARS-CoV-2 oraz CONVID-19) i zdaję sobie sprawę, że zatajenie tych danych może spowodować zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby za co mogę zostać pociągnięta/y do odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

wynikającego 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 Maxdent Krzysztof Rębisz.

.....

Data/podpis czytelny pacjenta /przedstawiciela ustawowego