

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska
37-124 Kraczkowa 285
Tel. 017 22 66 584 / 665 620 620
www.nzozanadent.pl; e-mail:nzoz@nzozanadent.pl
NIP: 815-122-95-61 / REGON: 690577682

# OŚWIADCZENIE PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO DOTYCZĄCE ŚWIADOMOŚCI RYZYKA ZAKAŻENIA PATOGENAMI PRZENOSZONYMI DROGA KROPELKOWĄ [COVID-19]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Pesel świadczeniobiorcy _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu kontaktowego.....

**OŚWIADCZAM**, że mam świadomość i akceptuję fakt, iż podczas przebywania w gabinecie stomatologicznym **NZOZ lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska**, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Jako Pacjent ( i/lub jego prawny opiekun) rozumiem oraz w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko powikłań COVID-19, w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę pacjenta). Rozumiem również, iż podczas wszelkich czynności medycznych u lekarza (leczenie stomatologiczne, konsultacja, zabieg ambulatoryjny) może dojść do powyższego zakażenia, pomimo stosowania zalecanych środków ochronnych.

**OŚWIADCZAM**, że przed podpisaniem dokumentu miałem/miałam możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych odpowiedzi zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat nowego zagrożenia infekcji wirusem SARS Cov-2, zdając sobie sprawę, iż dotychczasowe badania nie są jeszcze kompletne.

**OŚWIADCZAM**, że jestem świadoma/y opisanego powyżej ryzyka podczas tej wizyty i wszystkich kolejnych. ŚWIADOMIE decyduję się na skorzystanie z pomocy lekarskiej w gabinecie **NZOZ lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska** i odstępuję od wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniami wobec podmiotu leczniczego i przyjmującego mnie lekarza oraz zatrudnionych w nim pracowników.

Podpis składam dobrowolnie.

.....
(data, podpis świadczeniobiorcy lub
opiekuna prawnego, członka rodziny)

# ZGODA PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO [COVID-19]

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2 wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w gabinecie **NZOZ lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska.**

.....
(data, podpis świadczeniobiorcy lub
opiekuna prawnego, członka rodziny)