

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**w związku z zagrożeniem koronawirusem SARS-CoV-2**  
**powodującym chorobę COVID-19**

**Imię i nazwisko:**


**PESEL:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Przyczyna** zgłoszenia się do gabinetu stomatologicznego i wstępna ocena potrzeby leczniczej:

.....  
.....

*Szanowni Państwo,*

*Zabiegi stomatologiczne są obciążone zwiększoną emisją czynników potencjalnie chorobotwórczych. Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.*

zaznaczyć właściwe:

- Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem zakażenia SARS CoV-2  
TAK / NIE
  - Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty kwarantanną?  
TAK / NIE
- Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji?  
**(gorączka, kaszel, katar, duszność, trudności w oddychaniu, ból gardła, inne nietypowe)?**  
TAK / NIE
- Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy takie jak:  
utrata węchu o nagłym początku TAK / NIE  
utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku TAK / NIE
- Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?  
TAK / NIE
- Wynik pomiaru temperatury: pacjent ..... °C  
osoba towarzysząca ..... °C

**UWAGA !**

**W przypadku wyboru przynajmniej jednej odpowiedzi „TAK” lub/i temperatury powyżej 37,8 °C wskazane jest odroczenie wizyty o co najmniej 2 tygodnie oraz kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu.**

Wyrażam zgodę na opłatę za „pakiet sanitarny antycovid”, zgodnie z cennikiem (dotyczy pacjentów odbywających wizyty w trybie komercyjnym).

Jednocześnie oświadczam iż jestem świadomy, że podczas przybywania w gabinecie stomatologicznym, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Rozumiem oraz w pełni akceptuję 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 rodzinę pacjenta).

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta /opiekuna prawnego)

I. **Jako bliski kontakt należy rozumieć:**  
(na podstawie GIS z dnia 4.06.2020 r.)

Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:

1. miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym). Jako bliski kontakt należy rozumieć:
  - a. przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą, w odległości mniejszej niż 2m przez ponad 15 minut,
  - b. bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem COVID-19 (np. podanie ręki),
  - c. bezpośredni kontakt bez środków ochronnych z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
  - d. przebywanie w tym samym pomieszczeniu co chory z COVID-19 przez co najmniej 15 minut (np. w mieszkaniu, w klasie, w poczekalni szpitala/przychodni, w sali konferencyjnej),
  - e. kontakt na pokładzie samolotu lub innych środków transportu zbiorowego obejmujący:
    - osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19;
    - osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę nad osobą z COVID-19, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory.

**Uwaga!:**

*W przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu, w której ta osoba przebywała, a w przypadku jej przemieszczania się po środku transportu na całym jego pokładzie.*

- f. Personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania

2. przebywała (jako pensjonariusz) lub była członkiem personelu w placówce opiekuńczej/opieki długoterminowej, w której potwierdzono transmisję COVID-19.

II. **Cennik pakietów sanitarnych antycovid:**

M-2	PAKIET SANITARNY ANTYCOVID- podstawowy	50 PLN	zw. z VAT
M-3	PAKIET SANITARNY ANTYCOVID- narkozy	150 PLN	zw. z VAT

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta /opiekuna prawnego)