OrtoMAG Grażyna Anna Matowska, ul. Teatralna 1/1, 76-200 Słupsk

Imię i nazwisko pacjenta:			data:	
Pesel pacjenta:		tel.		

ZGODA

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2,wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w gabinecie ortodontycznym OrtoMAG. Jednocześnie oświadczam,że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem(am) u siebie objawów infekcji, nie miałem (am) kontaktu z osobą objętą kwarantanną,oraz nie przebywałem (am) poza granicami Polski. Poświadczenie nieprawdy -a co za tym idzie narażanie osób drugich na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego ……..

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenie patogenami przenoszonymi drogą kropelkową Podczas przebywania w gabinecie ortodontycznym, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego opiekun prawny)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 rodzinę pacjenta). Oświadczam że przed podpisaniem dokumentu miałam/miałem możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych dla mnie odpowiedzi. Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt ortodontycznych,a podpis składam dobrowolnie. W dniu dzisiejszym pomiar temperatury .....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego ……..

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM *(poprawna odpowiedź w kółko)*

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka?	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	TAK	NIE
Czy przebywa Pani / Pan na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Czy był/a Pan/i w przeciągu ostatnich 14 dni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok)		
Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok)		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z stanem na dzień ……

Na wizytę, proszę przychodzić punktualnie (bez osób towarzyszących, do dziecka jeden rodzic). O ewentualnej zmianie godzin będziemy Państwa informować. Na recepcji może przebywać tylko dwóch pacjentów. Proszę **WYPEŁNIONĄ ankietę** odesłać drogą mailową lub wysłać zdjęcie sms do godziny 10:00 w dniu wizyty. **Nie wysłanie wypełnionej ankiety skutkuje automatycznym odwołaniem wizyty.** Kolejna wizyta będzie ustalona w terminie nie priorytetowym.

Data i podpis Lekarza …….

Data i podpis Pacjenta/ opiekuna prawnego …….

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

DATA	TEMP CIAŁA	PODPIS LEKARZA	PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO