

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisany/a:

.....

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

oświadczam, że:

- nie miałem/am kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Mój stan zdrowia jest dobry i nie przejawia żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.
2. Jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne zgłoszenie się na zabiegi rehabilitacyjne/wizytę lekarską/ inną wizytę specjalistyczną.
 3. Zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone moje zdrowie i mojej rodziny tj.:
 4. Mimo wprowadzonych w Centrum Marlibo - Medica obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie Centrum może dojść do zakażenia COVID – 19.
 5. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia (nie tylko na terenie) zdaję sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.
 6. W sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u mnie lub personelu Centrum Marlibo - Medica zostaje zamknięte do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie obiektu oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę.
 7. W sytuacji zarażenia się na terenie budynku nie będę wnosił/a skarg, zażaleń, pretensji do dyrektora, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej obecnie pandemii.

.....

.....

miejsowość, data

podpis pacjenta