

## **Oświadczenie o przestrzeganiu zasady ograniczania rozprzestrzeniania się wirusa.**

Ja niżej podpisana/podpisany w imieniu własnym i/lub dziecka oświadczam, że:

1. Oświadczam, że nie występuje u mnie i/lub u mojego dziecka – gorączka, kaszel, duszność.

2. w okresie ostatnich 14 dni nie miał/nie miałam/em bliskiego kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19. Jako bliski kontakt należy rozumieć:

- zamieszkiwanie z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19
- bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 (np. podanie ręki)
- bezpośredni kontakt z zakaźnymi wydzielinami osoby z COVID-19 bez środków ochronnych (np. dotknięcie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej)
- przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą
- przez dowolny czas przebywanie w odległości 2 metrów od osoby chorej przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej
- sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym z COVID-19 lub kontakt z osobą pracującą w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia,
- uszkodzenie stosowanych środków ochrony osobistej lub ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania w bezpośrednim kontakcie z osobą z COVID-19
- osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu)
- uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.

3. Oświadczenie Pacjenta/Opiekuna Prawnego dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową:

Jestem świadoma/my że przebywania w gabinecie stomatologicznym, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) 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).

.....  
( DATA I PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO)