

Zgoda pacjenta

Imię i nazwisko.....

PESEL :

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczenia zdrowotnego w postaci badania CBCT. Zostałam/em poinformowana/y o ryzyku związanym z potencjalnym zakażeniem COVID_19 w trakcie lub po wykonaniu świadczenia pomimo zastosowania wszelkich możliwych dostępnych środków ochrony osobistej septycznych i higienicznych. Przed rozpoczęciem świadczenia udzieliłam/em prawdziwych informacji, które pracownik/ lekarz zadał mi w ankiecie i/lub w trakcie wywiadu lekarskiego na pytania odnośnie:

- Stanu zdrowia
- Kontakt z osobami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie COVID_19, osobami przebywającymi w kwarantannie, izolacji domowej, powracającymi z podróży zagranicznej w okresie epidemii
- Świadczenia pracy w okresie epidemii
- Zabiegów połączonych z naruszeniem integralności cielesnej mających na celu wykonanie tatuaży, piercingu itp. ze szczególnym uwzględnieniem okresu epidemii.

Jestem świadoma/y, że niepoinformowanie o zakażeniu COVID_19 lub utrzymywaniu kontaktu z osobami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie, osobami przebywającymi w kwarantannie czy izolacji domowej może skutkować odpowiedzialnością karną za narażenie osoby zdrowej na zakażenie oraz odpowiedzialnością karną za szerzenie zagrożenia epidemiologicznego.

W dniu udzielania świadczenia zdrowotnego, personel medyczny nie miał objawów charakterystycznych dla zakażenia COVID_19. Przed wykonaniem świadczenia personel medyczny przeprowadził z pacjentem wywiad medyczny/ankietę, który wykluczył obecność jakichkolwiek objawów stanowiących przeciwwskazanie do wykonania świadczenia medycznego.

podpis