

**ZGODA PACJENTA NA ZABIEG**  
**W CZASIE EPIDEMII WIRUSA SARSCoV-2**

Imię i nazwisko pacjenta .....

nr PESEL

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

**ZGODA**

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2 wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w gabinecie stomatologicznym w Centrum Medycznym Goldenmed.

Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/-am u siebie objawów infekcji, nie miałem kontaktu z osobą objętą kwarantanną oraz nie przebywałem 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.

Warszawa, .....  
(data)

.....  
(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**DOTYCZĄCE RYZYKA ZAKAŻENIA PATOGENAMI**  
**PRZENOSZONYMI DROGĄ KROPELKOWĄ**

Podczas przybywania 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 rodzina pacjenta).

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałem/-am możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi odpowiedzi, które w pełni zrozumiałem/-am.

Oświadczam, że jestem świadomy/-ma opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt stomatologicznych, a podpis składam dobrowolnie.

.....  
(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))