

Data..... Imię , nazwisko i

Pesel.....

Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę lub dniu wizyty.

Czy w ciągu ostatniego tygodnia wystąpił u Pani/Pana ? Kaszel TAK NIE

Bolesne zaczerwienie TAK NIE

Katar TAK NIE

Utrata smaku TAK NIE

Duszności TAK NIE

Utrata węchu TAK NIE

Gorączka TAK NIE

Wysypka, pokrzywka TAK NIE

Bóle mięśni TAK NIE

Utrata orientacji TAK NIE

Czy obecnie lub w ostatnich 2 tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś w Pani/Pana otoczeniu? 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 pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2? TAK NIE

Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2? TAK NIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z stanem na dzieńGodz.....

Na wizytę, proszę przychodzić punktualnie, bez osób towarzyszących (dziecko + jeden opiekun- opiekun)

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Podstawa prawna: 1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322) 2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374)

.....

Data i podpis Pacjenta

Data i podpis lekarza



Prośba i świadome wyrażenie zgody na wizytę w gabinecie stomatologicznym okresie pandemii SARS-CoV-2 .

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową w trakcie wizyty stomatologicznej .

Jestem świadomy, że w gabinecie stomatologicznym stosowane są środki ochronne wymienione poniżej, zgodne z zaleceniami PTS, WHO, NIL. Wiem, że opuszczając bezpieczną strefę domową poprzez kontakt z innymi osobami może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Osoby te trzeba traktować jako nieświadomych i potencjalnych nosicieli wirusa SARS-CoV-2, rozumiem i w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenia płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby. Odpowiedzialnie i świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty stomatologicznej w okresie pandemii SARS-CoV-2.

Stosowane procedury zalecane przez PTS, WHO, NIL, GIS dotyczące dezynfekcji sprzętu, pomieszczeń i zabezpieczenia personelu medycznego stosowane w gabinecie NZOZ Centrum Stomatologiczne Ciepłewo:

- dezynfekcja gabinetów i pomieszczeń gabinetów wykonywana jest przed i po każdej wizycie pacjenta
- dezynfekcja gabinetów i pomieszczeń gabinetu wykonywana jest przy pomocy preparatów certyfikowanych na usuwanie zagrożenia bakteryjnego i wirusowego: Zeta 3 wipes POP-UP, Incides N, ProseptWipes, Virusolve +, VelodesSoft, Velox Top AF, Manisoft, VelodesSoap, SaikoZid, Daiko Sept, FD 322, Prosept Jet Forte, SkinmanSoftProtect
- naświetlanie pomieszczeń gabinetu lampą UV
- oczyszczanie i nawilżanie powietrza w gabinetach z użyciem roztworu wody utlenionej powyżej 0,5%
- wymuszona cyrkulacja powietrza w gabinetach
- środki ochrony osobistej pacjenta: fartuch jednorazowy, rękawiczki jednorazowe, ochraniacze na buty
- środki ochrony osobistej personelu: odzież medyczna, okulary ochronne, przyłbica, maska chirurgiczna, fartuch jednorazowy, podwójne rękawiczki jednorazowe, ochraniacze na buty
- wizyty odbywają się co godzinę, w gabinecie może przebywać tylko jeden pacjent
- zakaz poruszania się po gabinecie osób spoza personelu gabinetu
- punkty z preparatem do dezynfekcji rąk

Jestem świadomy istniejącego zagrożenia epidemiologicznego i oświadczam, że zostałem poinformowany/y o ryzyku. Miałem/am możliwość zadawania związanych z tym pytań i uzyskałem/am na nie zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi nt. zagrożeń zarażenia wirusem COVID-19 mimo podjętych przez ISPO w NZOZ CSC procedur i standardów zabezpieczenia pacjenta przed zarażeniem wirusem SARS-COV-2.

..... Data i podpis Lekarza
Data i podpis

Wypełnioną dokumentację medyczną proszę odesłać na maila biuro@stomatologcieplewo.pl, lub wysłać zdjęcie MMS na nr 781 120 031 do godziny 20 dnia poprzedzającego wizytę.

