

Oświadczenie pacjenta/opiekuna 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 miałam/miałem możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych dla mnie odpowiedzi.

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

Data:

Podpis lekarza:

Podpis pacjenta: