

Oświadczenie pacjenta/klienta
Ośrodka Psychoterapii i Promocji Rodziny w Chorzowie
w okresie zagrożenia epidemiologicznego COVID-19

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

Mając na uwadze niezbędne środki ostrożności w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem COVID-19 niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

1. nie przebywałem/am w kraju ryzyka wskazanym przez WHO i GIS,
2. nie miałem/am kontaktu z osobami z obszarów zagrożonych,
3. nie miałem/am kontaktu z osobami poddanymi kwarantannie,
4. nie jestem objęty/a kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym,
5. nie miałem kontaktu z osobami ze zdiagnozowanym COVID-19.
6. Nie występuje u mnie objawy infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszności itp.

Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na wizytę w Ośrodku Psychoterapii i Promocji Rodziny, mając na uwadze zwiększone ryzyko epidemiologiczne zawleczenia zakażeń COVID-19 przez personel oraz innych klientów/pacjentów ośrodka, wobec ograniczeń dotychczasowej wiedzy i dostępności środków ochrony zdrowia.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń art. 233 § 1 i §6 Kodeksu Karnego oświadczam, że wszystkie dane i informacje są prawdziwe.

Chorzów, dnia

.....
(czytelny podpis)

Uwaga! Wypełnić gdy pacjent / klient ośrodka nie ukończył 18 roku życia

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....
(pesel opiekuna)

.....
(czytelny podpis opiekuna)