

**Dane gabinetu stomatologicznego:**

.....  
 .....  
 .....

**Dane pacjenta:**

**Imię i nazwisko:** .....  
**PESEL:** .....

**Wywiad epidemiologiczny i oświadczenie o stanie zdrowia związane z wirusem SARS-CoV-2**

Zachowując niezbędne środki ostrożności w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem SARS-CoV-2, dla naszego wspólnego bezpieczeństwa, na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku 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), a także ustawy 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 2020r. poz. 374) **prosimy o wypełnienie poniższej deklaracji.**

<b>Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:</b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
Przebywałem/-am w kraju/regionie ryzyka wskazanym przez WHO i GIS		
Moje dziecko/ podopieczny/ domownik przebywał za granicą		
Miałem/-am/mam kontakt z osobami z obszarów zagrożonych		
Miałem/-am kontakt z osobami zarażonymi COVID-19		
Miałem/-am/mam kontakt z osobami poddanymi nadzorowi epidemiologicznemu (kwarantanna)		
Miałem/-am/mam gorączkę, kaszel, katar, bóle mięśni, bóle gardła, wysypka, zapalenie spojówek lub trudności w oddychaniu/duszności, utrata węchu/smaku, inne nietypowe		
W związku z występującymi objawami przyjmowałem/-am/przyjmuję leki. Jeśli tak, proszę wskazać jakie.		
<b>Ponadto oświadczam, że:</b>		
Jestem czynnym zawodowo przedstawicielem zawodów medycznych bądź innych mogących mieć kontakt z osobą zakażoną SARS-CoV-2.		
Czy w dniu dzisiejszym przyjmowałem/-a Pan/Pani jakiegokolwiek leki? Jeśli tak, to jakie?		

**Kontakt z osobą potencjalnie zarażoną rozumie się, m.in. poprzez:**

- zamieszkiwanie/ pracę z osobą zarażoną SARS-CoV-2, lub pracę w warunkach umożliwiających kontakt z osobą zarażoną,
- bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną SARS-CoV-2 (np. podanie ręki, uścisk),
- bezpośredni kontakt z wydzielinami osoby zakażonej SARS-CoV-2 bez środków ochronnych (np. narażenie na kaszel osoby chorej, dotykane zużytej maseczki/chusteczki/rękawiczek),
- przebywanie w bezpośredniej bliskości z osobą zarażoną SARS-CoV-2 przez dowolny czas,
- przebywanie w odległości mniejszej niż 2 metry od osoby zarażonej SARS-CoV-2 w każdej innej sytuacji niż wymienione powyżej (np. samolot, tramwaj, autobus),
- kontakt personelu medycznego z chorym z SARS-CoV-2, sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym z SARS-CoV-2 lub kontakt z osobą pracującą w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z SARS-CoV-2 bez odpowiedniego zabezpieczenia, uszkodzenie stosowanych środków ochrony osobistej lub ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania w bezpośrednim kontakcie z osobą z SARS-CoV-2,
- uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem zarażenia.

Oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i zdrowia. Ponadto, oświadczam że jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 233 §1 i § 6 Kodeksu Karnego), a także odpowiedzialności karnej za sprowadzenie stanów powszechnie niebezpiecznych dla życia lub zdrowia zgodnie z art. 165 § 1 Kodeksu karnego. Jednocześnie, zobowiązuję się zgłaszać wszelkie zmiany dotyczące mojego stanu zdrowia w czasie następnych wizyt.

.....  
*Data i podpis Pacjenta*