

OŚWIADCZENIE

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu pracownikowi Instytutu RegeneriS będzie przechowywane w dokumentacji.

Ja niżej podpisany (-a)oświadczam,

W ciągu ostatnich 2 tygodni	TAK	NIE	OPIS
Przebywałem(am) za granicą Polski, a w szczególności w rejonach objętych występowaniem zakażeń wirusem SARS - CoV-2 UWAGA! (jeśli odp. jest TAK – w OPISIE proszę podać kraj/region pobytu)			
Miałem(am) świadomy kontakt z osobami powracającymi z tego kraju/rejonu. UWAGA! (jeśli odp. jest TAK – w OPISIE proszę podać z jakiego obszaru)			
Jestem objęty(a) obowiązkową kwarantanną			
Miałem(am) kontakt z osobą chorą lub podejrzewającą u siebie zakażenie wirusem SARS - CoV-2			
OBECNIE - obserwuję u siebie takie OBJAWY jak: ból w klatce piersiowej, trudności z oddychaniem, kaszel, podwyższoną temperaturę ciała, upośledzenie zmysłu smaku i/lub zapachu (jeśli odp. jest TAK – w OPISIE proszę podać od kiedy i jakie)			

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego – oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
data i czytelny podpis

Opracowanie na podstawie opinii i zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego

OŚWIADCZENIE

Pacjent wyrażając zgodę na zabieg kosmetologiczno-fizjoterapeutyczny został poinformowany oraz ma świadomość, że:

- zabieg odbywać się będzie w warunkach ogłoszonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2;
- placówka podjęła niezbędne kroki, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjenta w trakcie i bezpośrednio po zabiegu, z uwzględnieniem zwiększonego ryzyka związanego z ogłoszeniem stanu epidemii;
- placówka nie ponosi odpowiedzialności za czynniki zewnętrzne, pozostające poza jej kontrolą, wynikające z ogłoszenia ww. stanu epidemii;
- zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w placówce zasad, związanych z reżimem sanitarnym, zawartych w procedurze sanitarno-higienicznej w czasie zagrożenia epidemicznego w związku z emisją wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19;
- zobowiązuję się do natychmiastowego powiadomienia pracowników placówki w razie wystąpienia u mnie jakichkolwiek objawów chorobowych w związku z emisją wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19.

.....
Data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury termometrem bezdotykowym w trakcie mojej obecności w placówce.

.....
Data i czytelny podpis