

Data .....

Data .....

Niżej podpisana/-y .....

Niżej podpisana/-y .....

działając w imieniu własnym lub w imieniu małoletniego

działając w imieniu własnym lub w imieniu małoletniego

.....  
i swoim, oświadczam, że nie mogę wykluczyć, iż w ciągu ostatnich 14 dni:  
– małoletni miał kontakt z osobą zainfekowaną wirusem COVID-19,  
– małoletni miał kontakt z osobą mogącą być zainfekowaną wirusem COVID-19, na przykład powracającą z rejonów, w których wirus występuje lub z osobami mającymi kontakt z takimi osobami,  
– w sklepach, aptekach, punktach usługowych, w których dokonywaliśmy zakupów nie było, w ciągu poprzednich 4 godzin, osób zainfekowanych wirusem COVID-19,  
– żadna z osób, z jakimi się stykaliśmy nie miała kontaktu z osobami mogącymi być nosicielami, nawet bezobjawowymi wirusa COVID-19.

.....  
i swoim, oświadczam, że nie mogę wykluczyć, iż w ciągu ostatnich 14 dni:  
– małoletni miał kontakt z osobą zainfekowaną wirusem COVID-19,  
– małoletni miał kontakt z osobą mogącą być zainfekowaną wirusem COVID-19, na przykład powracającą z rejonów, w których wirus występuje lub z osobami mającymi kontakt z takimi osobami,  
– w sklepach, aptekach, punktach usługowych, w których dokonywaliśmy zakupów nie było, w ciągu poprzednich 4 godzin, osób zainfekowanych wirusem COVID-19,  
– żadna z osób, z jakimi się stykaliśmy nie miała kontaktu z osobami mogącymi być nosicielami, nawet bezobjawowymi wirusa COVID-19.

**NZOZ Centrum Stomatologii PERFECT Urszula Szulińska, Robert Fidyk spółka jawna z siedzibą w Dąbrowie Górniczej 41-303 przy ul. Kasprzaka 4**

**NZOZ Centrum Stomatologii PERFECT Urszula Szulińska, Robert Fidyk spółka jawna z siedzibą w Dąbrowie Górniczej 41-303 przy ul. Kasprzaka 4**

Szanowni Państwo, informujemy, iż wszelkie zabiegi stomatologiczne są obciążone zwiększoną emisją czynników potencjalnie chorobotwórczych. Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania (**właściwie zakreślić**).

Szanowni Państwo, informujemy, iż wszelkie zabiegi stomatologiczne są obciążone zwiększoną emisją czynników potencjalnie chorobotwórczych. Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania (**właściwie zakreślić**).

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny za granicą? TAK/NIE

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny za granicą? TAK/NIE

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą? TAK/NIE

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą? TAK/NIE

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? TAK/NIE

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? TAK/NIE

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? TAK/NIE

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? TAK/NIE

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ? TAK/NIE

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ? TAK/NIE

**Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa dziecka/Podopiecznego**

**Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa dziecka/Podopiecznego**

.....  
**Data czytelny podpis pacjenta/opiekuna**

.....  
**Data czytelny podpis pacjenta/opiekuna**