

Strzyżów dn. 2020 r.

OŚWIADCZENIE

pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko)
zamieszkały/a,
PESEL

w związku z wolą korzystania z usług stomatologicznych/ortodontycznych w **Stomadent Kik i Partnerzy Spółka Partnerska Lekarzy Stomatologów** oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem/am pouczony/a o wszelkich okolicznościach związanych z zagrożeniem związanym z epidemią koronawirusa.

Mam pełną świadomość, że podczas przybywania w Stomadent Kik i Partnerzy Spółka Lekarzy Stomatologów pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Rozumiem oraz w pełni akceptuję 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)

.....
Data i podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego