

OŚWIADCZENIE

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

Ja niżej podpisany (-a)

.....
.....
Imię i nazwisko

Oświadczam pod odpowiedzialnością za ewentualne skutki podania nieprawdziwych informacji

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy jest Pan/Pani na kwarantannie? | TAK | NIE |
| 2. Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą objętą kwarantanną? | TAK | NIE |
| 3. Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą chorą? | TAK | NIE |
| 4. Czy zaobserwował Pan/Pani u siebie takie objawy jak
• Gorączka • Kaszel • Ból gardła • Duszności | TAK | NIE |
| 5. Czy zażywał Pan/Pani w ostatnim tygodniu jakieś leki przeciwbólowe, antybiotyki? | TAK | NIE |
| 6. Czy zażywał Pan/Pani dzisiaj jakieś leki przeciwbólowe lub przeciwgorączkowe? | TAK | NIE |
| 7. Czy przebywał Pan/Pani w placówce opieki zdrowotnej, w której leczono chorych na SARS-CoV-2? | TAK | NIE |
| 8. Czy w ciągu ostatnich 14 dni był Pan/Pani za granicą? | TAK | NIE |

Właściwe zakreślić kółkiem



Prosimy by przed wizytą w domu umyć zęby. Przy recepcji w poczekalni zachować odstęp między osobami.

Na wizytę zabrać jedynie niezbędne rzeczy (bez toreb, szali).

Informujemy, że do każdej procedury doliczamy dodatkowy koszt 100 zł za pakiet PPE.

Wydrukowaną i podpisaną ankietę proszę przynieść na wizytę.