

Warszawa/Kajetany, dnia 2020 r.

Wypełnia

**Pacjent/Opiekun prawny
w imieniu pacjenta***

.....

imię i nazwisko pacjenta

Pomiar temperatury:

1.

2.

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni przebywałem/am w miejscach (dom, DPS, szpital i in.) objętych epidemią, gdzie potwierdzono przypadki zakażenia koronawirusem COVID-19

TAK

NIE

2. Miałem/am w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem

TAK

NIE

3. Jestem objęty/a kwarantanną z powodu zakażenia/kontakt z osobą z infekcją wywołaną koronawirusem

TAK

NIE

4. Jestem objęty/ta samoobserwacją zaleconą w takich przypadkach przez służby sanitarne

TAK

NIE

5. W ostatnich dniach zaobserwowałem/am u siebie poniższe objawy:

• gorączka > 38°

TAK

NIE

• kaszel

TAK

NIE

• duszność i problemy z oddychaniem

TAK

NIE

• silne bóle wielu mięśni

TAK

NIE

• zaburzenia węchu i smaku

TAK

NIE

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że świadome zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem SARS CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

.....

czytelny podpis składającego oświadczenie

* zakreśl odpowiednie