

Oborniki Śląskie, dnia .....

**Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

.....

**Zgoda**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego/ortodontycznego/chirurgicznego w gabinecie Dental Profi. Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/-łam u siebie objawów infekcji, nie miałem/-łam kontaktu z osobą objętą kwarantanną, oraz nie przebywałem/-łam poza granicami Polski.

Poświadczenie nieprawdy - a co za tym idzie narażanie innych osób na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Podpis pacjenta (opiekuna)

.....

**Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową**

Zostałem/zostałam powiadomiony/a, że podczas przybywania w gabinecie stomatologicznym Dental Profi, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy zagrożeń oraz w pełni akceptuję ryzyko zakażenia oraz wszystkich powikłań COVID-19 podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt stomatologicznych. Podpis składam dobrowolnie.

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałam/miałem możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych dla mnie odpowiedzi.

Podpis pacjenta (opiekuna)

.....