

## KARTA OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA SARS-COV-2

1. Imię i nazwisko Klienta, rok urodzenia:

.....

2. Adres zamieszkania Klienta:

.....

.....

3. Numer kontaktowy do Klienta:

.....

4. Ocena ryzyka zakażenia SARS-COV-2

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał Pan za granicą Polski?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Czy miał Pan osobisty kontakt z kimś, kto w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Czy jest Pan objęty nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną*?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał Pan osobisty kontakt z osobą objętą nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną*?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Czy obecnie występują u Pana objawy infekcji lub objawy takie występowały u Pana w ciągu ostatnich 2 tygodni? OBJAWY: gorączka, kaszel, duszności, katar, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe: np. utrata węchu, wysypka	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał Pan osobisty kontakt z kimś, u kogo występują/występowały objawy infekcji?

TAK  NIE

OBJAWY: gorączka, kaszel, duszności, katar, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe: np. utrata węchu, wysypka

\* Wyjaśnienie:

- kwarantanna - odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie koronawirusem (art. 2 pkt 12 ustawy o zap. zakaż.),
- nadzór epidemiologiczny - obserwacja osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie koronawirusem bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się (z zaleceniem jego ograniczenia do minimum) (art. 2 pkt 4 ustawy o zap. zakaż.),
- podejrzany o zakażenie - osoba, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia (art. 2 pkt 21 ustawy o zap. zakaż.).

## OŚWIADCZENIE KLIENTA

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności za ewentualne skutki podania przeze mnie nieprawdziwych informacji, że:

- udzieliłem wszelkich informacji dotyczących mojego pobytu w krajach, gdzie występuje transmisja koronawirusa oraz kontaktu z osobami podejznanymi o możliwość zakażenia się lub zakażonymi w ciągu ostatnich 2 tygodni, a także dotyczących ewentualnych objawów chorobowych i oświadczam, że informacje te są zgodne z prawdą.

Ponadto oświadczam, że:

- zostałem poinformowany, że pomimo zastosowania środków ochronnych w trakcie zabiegu istnieje zagrożenie zakażenia wirusem SARS-CoV-2,
- rozumiem, że na chwilę obecną nie są znane wszelkie skutki i ryzyka związane z tym zagrożeniem,
- zostałem poinformowany, że powikłaniem COVID-19 może być nawet śmierć,

→ po uzyskaniu powyższych informacji zgadzam się na zabieg pomimo podwyższonego ryzyka wywołanego zagrożeniem zakażenia koronawirusem.

.....

(data, czytelny podpis Klienta)