

Pacjent: _____

PESEL _____

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badań w kierunku obecności wirusa COVID-19, SARS-CoV-2.

Wyrażam zgodę na przekazanie, w przypadku uzyskania wyniku dodatniego, moich danych osobowych z numerem PESEL, adresem, numerem telefonu i adresem email odpowiedniej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

Zobowiązuję się do przebywania w miejscu zamieszkania i ograniczeniu kontaktu tylko do domowników do czasu uzyskania wyniku badania i uzyskania informacji o dalszym postępowaniu.

data i Podpis Pacjenta

data i podpis Opiekuna

podpis pracownika