

Oświadczenie Pacjenta/Opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową

Pacjent: _____

PESEL _____

Opiekun: _____

PESEL _____

Podczas przebywania w szpitalu lub przychodni, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę pacjenta i opiekuna)

data i Podpis Pacjenta

data i podpis Opiekuna

podpis pracownika