

Katowice, dnia \_\_\_\_\_ 2020 r.

.....  
/imię i nazwisko Pacjenta/ opiekuna prawnego/

.....  
PESEL

.....  
adres zamieszkania

.....  
adres zamieszkania c.d.

**NZOZ CENTRUM MEDYCZNE WAMED s.c.**

ul. Pogodna 2 a  
40-319 Katowice

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany Pacjent/Opiekun Prawny Pacjenta oświadczam, że:

- 1. zapoznałem się z procedurami** świadczenia pomocy stomatologicznej przez NZOZ Centrum Medyczne Wamed s.c. w czasie epidemii SARS-CoV-2, opisanymi w dokumencie „**PROCEDURY POSTĘPOWANIA W STANIE EPIDEMII WIRUSA SARS-CoV-2 w NZOZ Centrum Medyczne Wamed s.c. – Pacjent. Rejestracja. Lekarz/ Asysta.**”, stanowiącymi załącznik do niniejszego oświadczenia, oraz zostałem poinformowany, że w Centrum Medycznym Wamed stosowane są procedury czyszczenia i dezynfekcji pomieszczeń, sprzętu i zabezpieczenia personelu medycznego, a to w szczególności:
  - wymiana odzieży personelu medycznego po każdej wykonanej procedurze leczniczej;
  - odkażenie osoby lekarza i innych pracowników Kliniki po każdej wizycie;
  - niemożność poruszania się po Klinice osób spoza personelu Kliniki bez nadzoru;
  - niedopuszczalność przebywania w Klinice jakichkolwiek osób poza personelem niezbędnym do zapewnienia pracy Kliniki i pacjentami w trakcie oraz bezpośrednio przed i po wykonaniu procedury leczniczej;
  - dezynfekcja i oczyszczenie chemiczne i fizyczne oraz wietrzenie połączone z przerwą w pracy każdego gabinetu po każdej wizycie pacjenta;
  - przeprowadzanie wywiadów lekarskich dotyczących zagrożenia zarażenia wirusem SARS-CoV-2;
  - dezynfekcja gabinetów i pomieszczeń Kliniki wykonywana jest przy pomocy preparatów certyfikowanych na usuwanie zagrożenia bakteryjnego i wirusowego;
- 1. przyjąłem do wiadomości, że podczas przebywania w gabinecie stomatologicznym w NZOZ Centrum Medyczne WAMED s.c. , pomimo zastosowania środków ochronnych i stosownych procedur, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2, co może prowadzić do rozwoju choroby COVID-19 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową;**

2. **rozumiem oraz w pełni akceptuję 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);**
  
1. **wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na poddanie się leczeniu stomatologicznemu w NZOZ Centrum Medyczne WAMED s.c., pomimo istniejącego ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2.**

Jednocześnie:

- **zobowiązuję się do udzielenia prawdziwych odpowiedzi** w przeprowadzonym przez personel NZOZ Centrum Medyczne Wamed s.c. wywiadzie epidemiologicznym;
- oświadczam, że zostałem poinformowany, że leczenie stomatologiczne u pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, w trakcie kwarantanny lub z potwierdzonym zakażeniem **może odbywać się wyłącznie w wyznaczonych w tym celu jednostkach, a NZOZ Centrum Medyczne Wamed s.c. taką jednostką NIE JEST;**
- zobowiązuję się do **bezwzględnego przestrzegania procedur**, o których mowa w punkcie 1 powyżej.

.....

Data i podpis

Załącznik: Dokument „PROCEDURY POSTĘPOWANIA W STANIE EPIDEMII WIRUSA SARS-CoV-2 w NZOZ Centrum Medyczne Wamed s.c. – Pacjent. Rejestracja. Lekarz/Asysta.”