

NZOZ Chiramed
Centrum Medyczne w Tymbarku - 02
NFZ: 064/200002 Nr rej. 000000006597
0010 Poradnia Lekarza POZ - 020
34-650 Tymbark 315 tel. 18 33 25 220
REGON 492027058 NIP 735-23-63-024

OŚWIADCZENIE

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

Ja niżej podpisany/a

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Imię i nazwisko

PESEL

.....
Miejsce zamieszkania

.....
zawód

.....
miejsce pracy

oświadczam pod odpowiedzialnością za ewentualne skutki podania nieprawdziwych informacji, że:

W ciągu ostatnich 2 tygodni	TAK	NIE	OPIS
Przebywałem/łam za granicą Polski, a w szczególności w rejonach objętych występowaniem zakażeń koronawirusem COVID -19 <u>UWAGA!</u> (jeśli odp. jest TAK – w OPISIE proszę podać kraj/region pobytu)			
Miałem/łam świadomy kontakt z osobami powracającymi z tego kraju/rejonu. <u>UWAGA!</u> (jeśli odp. jest TAK – w OPISIE proszę podać z jakiego obszaru)			
Miałem/łam kontakt z osobą chorą na COVID 19 lub przebywającą w kwarantannie / izolacji domowej lub osobą gorączkującą, kaszlącą, z dusznością, bólami mięśni, biegunką, zaburzeniami węchu i smaku			
OBECNE - obserwuję u siebie takie OBJAWY jak: <ul style="list-style-type: none">• gorączka• kaszel• duszność• osłabienie• bóle mięśni• biegunka• zaburzenia węchu i smaku (jeśli odp. jest TAK – w OPISIE proszę podać od kiedy i jakie)			
Wszyscy domownicy zamieszkujący razem ze mną są zdrowi			

Oświadczam w sposób świadomy odpowiedzialności za ewentualne skutki podania nieprawdziwych informacji, że wszystkie informacje zamieszczone w oświadczeniu są zgodne ze stanem rzeczywistym, nie zostały przeze mnie zatajone przed lekarzem żadne informacje dotyczące mojego stanu zdrowia.

.....
data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego