

# WYWIAD LEKARSKI I ZGODA NA LECZENIE

w okresie ogłoszonego na terytorium RP stanu epidemii

Zgodnie z art. 15 i następną ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art.32-35 ustawy z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie badania okulistycznego w okresie stanu epidemii ogłoszonego na terytorium RP.

Zostałem(am) poinformowany(a), że pomimo zachowania wszelkich środków ostrożności podczas badania istnieje ryzyko zarażenia się drobnoustrojami przenoszonymi drogą kropelkową, w tym koronawirusami i wyrażam zgodę na badanie mając świadomość tego ryzyka.

Czytelny podpis Pacjenta lub Opiekuna .....

**1) Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pana(i) lub najbliższych:**

Gorączka tak/nie

Kaszel tak/nie

Katar tak/nie

Duszności tak/nie

**2) Czy w ostatnich 14 dniach przebywał (a) Pan(i) lub osoba z najbliższego otoczenia w miejscach, gdzie stwierdzono ognisko koronawirusa SARS-CoV-2 lub miał(a) kontakt z osobą u której wykryto wirusa SARS-CoV?**

Tak/nie

**3) Czy był(a) Pan(i) lub ktoś z najbliższych objęty kwarantanną? Tak/nie**

**4) Temperatura ciała w dniu dzisiejszym wynosi**

Pacjent.....

Opiekun.....

Oświadczam, że udzieliłem(am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu mojego zdrowia i mojego podopiecznego.

Czytelny podpis Pacjenta lub Opiekuna.....