

Prohlášení pacienta/ky před ambulantním chirurgickým výkonem

Pacient/ka:
jméno příjmení

Rodné číslo: Změřená teplota: °C

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky. Platnou odpověď zakroužkujte!

1. Máte nebo měl(a) jste v posledních 14 dnech příznaky infekčního onemocnění – nachlazení, rýmu, kašel, zvýšenou teplotu nebo horečku apod., nebo pocit nedostatku dechu, průjem, ztrátu čichu a chuti?

ano ne

2. Pobýval(a) jste v posledních 4 týdnech (28 dnech) mimo území ČR?

ano ne

3. Byla Vám v posledních 28 dnech nařízena karanténa (hygienickou stanicí, praktickým lékařem nebo jiným zdravotnickým zařízením) z důvodu infekce Covid 19, návratu ze země mimo ČR nebo z důvodu kontaktu s infikovanou osobou?

ano ne

4. Byl(a) jste v posledních 14 dnech v kontaktu s osobou, které byla nařízena karanténa (hygienickou stanicí, praktickým lékařem nebo jiným zdravotnickým zařízením) z důvodu návratu ze země mimo ČR nebo z důvodu kontaktu s osobou infikovanou Covid 19?

ano ne

Stvrzuji, že jsem nezamlčel(a) žádné závažné skutečnosti a všechny informace, které jsem poskytl(a), jsou dle mého nejlepšího vědomí a svědomí pravdivé (zamlčení skutečností, které mohou ohrozit zdraví nebo život ostatních pacientů nebo zdravotnického personálu, je zákonem postižitelné).

Datum

Podpis: