

Čestné prohlášení

Jméno a příjmení návštěvy: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

Datum a čas návštěvy: _____ Tel. kontakt: _____

Účel návštěvy: **lůžkové oddělení - ambulance – odběr krve – administrativa (prosím zaškrtněte)**

Jméno pacienta na lůžkovém oddělení: _____

Já níže podepsaný/á čestně prohlašuji že:

- si nejsem vědom/a, že bych byl/a v posledních 14 dnech v kontaktu s osobami potenciálně ohroženými nebo nakaženými epidemiologickým onemocněním COVID-19, či s osobami v karanténě v souvislosti s onemocněním COVID-19;
- jsem nenavštívil/a v posledních 30 dnech žádnou z rizikových oblastí v zahraničí zasaženou onemocněním COVID-19;
- nemám jakékoliv příznaky epidemiologického onemocnění COVID-19 (případně příznaky podobné chřipkovému onemocnění);
- nejsem v karanténě v souvislosti s onemocněním COVID-19;
- jsem si vědom/a, že ve zdravotnickém zařízení mohou být umístěni pacienti s onemocněním COVID-19, a proto při návštěvě zdravotnického zařízení hrozí zvýšené riziko nákazy onemocněním COVID-19;
- budu dodržovat požadavky na návštěvy pacientů v sociálních a zdravotnických lůžkových zařízeních stanovené Ministerstvem zdravotnictví ČR a zdravotnickým zařízením a veškeré instrukce personálu zdravotnického zařízení;
- jakýkoliv kontakt s pacientem a další osobami ve zdravotnickém zařízení bude probíhat co možná nejbezpečnějším způsobem;
- se budu pohybovat ve zdravotnickém zařízení, pokud možno, nejbližší 2 metry od ostatních osob s výjimkou rodinných příslušníků. Kontakt mezi pacientem a návštěvou na kratší vzdálenost je možný jen v odůvodněných případech a na co nejkratší dobu;
- jsem si při vstupu do budovy zdravotnického zařízení dezinfikoval/a ruce a po celou dobu návštěvy budu mít nasazenou roušku.

Beru na vědomí, že sdělením nepravdivých informací mohu ohrozit pacienty, zaměstnance a případně další osoby vyskytující se ve zdravotnickém zařízení vč. sebe. Jsem si vědom/a právních následků sdělení nepravdivých informací, včetně možného spáchání trestného činu šíření nakažlivé choroby.

Beru na vědomí zpracování svých osobních údajů v rozsahu jméno, bydliště, datum narození a telefonický kontakt zdravotnickým zařízením. Účelem zpracování je splnění právní povinnosti a ochrana životně důležitých zájmů subjektu údajů nebo jiné fyzické osoby a doba zpracování je 1 rok.

V Praze dne _____

Podpis návštěvy _____