

Prohlášení návštěvníka pacienta na oddělení následné lůžkové péče

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

Telefon: _____ E mail: _____

Datum a čas návštěvy: _____

Antigenní test: vystavitel potvrzení, datum a čas testu: _____

Jméno navštíveného pacienta: _____

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 14 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;
- splňuji veškeré podmínky pro návštěvy ve zdravotnických zařízeních stanovené příslušnými právními předpisy;

Já níže podepsaný/á se zavazuji:

- dodržovat požadavky na návštěvy pacientů v sociálních a zdravotnických lůžkových zařízeních stanovené vládou ČR, Ministerstvem zdravotnictví ČR, zdravotnickým zařízením či jinými příslušnými institucemi a veškeré instrukce personálu zdravotnického zařízení;
- chovat se tak, aby jakýkoliv kontakt s pacientem a další osobami ve zdravotnickém zařízení bude probíhal co možná nejbezpečnějším způsobem;
- pohybovat se 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;
- při vstupu do budovy zdravotnického zařízení dezinfikovat ruce a po celou dobu pohybu v areálu zdravotnického zařízení budu mít nasazen respirátor třídy FTP 2 nebo KN 95 bez ventilu, příp. pokud mi je méně než 15 let ochrannou 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 osobních údajů uvedených v tomto prohlášení 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 _____

Příloha :

- x potvrzení o absolvování negativního POC testu (antigenní) ze dne _____ (nejpozději 4 hod před návštěvou)
- x potvrzení o absolvování negativního RT – PCR testu ze dne _____ (nejpozději 24 hod před návštěvou)
- x potvrzení, že návštěvník byl pozitivní na Covid 19 ze dne _____ (v období 30 – 90 dní před návštěvou)

x nehodící škrtněte