Świnoujście, dnia...............................

Dane Pacjenta:

Imię, nazwisko:........................................................

Adres: ......................................................................

Pesel: .......................................................................

Zgoda

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego SARS-CoV-2 wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w gabinecie Praktyka Lekarska Dentystyczna ul Hugo Kołłątaja 11D/1A w Świnoujściu przed lek. dent. Annę Krzyżaniak – Rappke.

Jednocześnie oświadczam:

* w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/am u siebie objawów infekcji:
* nie jestem objęty/a kwarantanną
* nie miałem/am kontaktu z osobą chorą lub objętą kwarantanną
* nie przebywałem/am poza granicami Polski
* w dniu dzisiejszym nie przyjmowałam leków przeciwgorączkowych (paracetamol, apap, ibuprom, nurofen, apriryna, etopiryna)

Podpis pacjenta

........................................................

W dniu dzisiejszym pomiar temperatury:...................