

....., dnia 2020 r.

/miejscowość/

.....
.....
/pieczęć placówki medycznej/

pieczęć indywidualnej praktyki zawodowej/

O ŚWIADCZENIE PACJENTA w warunkach występowania stanu epidemii

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/a, iż świadczenie zdrowotne udzielane jest mi w okresie obowiązywania stanu epidemii, wprowadzonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, który został ogłoszony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r.
2. Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku istniejącym także pomimo zastosowania koniecznych środków ochronnych - związanym z możliwością zakażenia się wirusem SARS-CoV-2 w związku z realizacją świadczenia zdrowotnego w warunkach stanu epidemii, o którym mowa powyżej.
3. Mając na uwadze okoliczności, opisane w punktach 1 i 2, wyrażam zgodę na udzielenie mi świadczenia zdrowotnego w warunkach, opisanych w punkcie 1 niniejszego oświadczenia.

.....
/ podpis pacjenta /

wzór opracowano na zlecenie

ISPOZ
Instytut
Specjalistki Prawa
Ochrony Zdrowia