

Imię i nazwisko/PESEL.....Data.....

|  |     |     |                                 |     |     |
|--|-----|-----|---------------------------------|-----|-----|
| Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę   |     |     | Temperatura ciała w dniu wizyty |     |     |
| Czy w ciągu ostatniego tygodnia wystąpił u Pani/Pana .... ?  |     |     |                                 |     |     |
| <b>Kaszel</b>  | TAK | NIE | Bolesne zaczerwienienie         | TAK | NIE |
| <b>Katar</b>   | TAK | NIE | Utrata smaku                    | TAK | NIE |
| <b>Duszności</b>   | TAK | NIE | Utrata węchu                    | TAK | NIE |
| Gorączka   | TAK | NIE | Drętwienie rąk, nóg             | TAK | NIE |
| Wysypka, pokrzywka   | TAK | NIE | Drgawki                         | TAK | NIE |
| Bóle mięśni  | TAK | NIE | Utrata orientacji               | TAK | NIE |
| Czy obecnie lub w ostatnich 2 tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś w Pani/Pana otoczeniu?  |     |     |                                 | TAK | NIE |
| Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?  |     |     |                                 | TAK | NIE |
| Czy przebywa Pani / Pan na kwarantannie?   |     |     |                                 | TAK | NIE |
| Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)                                      |     |     |                                 | TAK | NIE |
| Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2? |     |     |                                 | TAK | NIE |
| Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?  |     |     |                                 | TAK | NIE |
| Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?  |     |     |                                 | TAK | NIE |
| Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?  |     |     |                                 | TAK | NIE |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z stanem na dzień ..... Godz.....

Na wizytę, proszę przychodzić punktualnie, bez osób towarzyszących (dziecko + jeden opiekun- opiekun w poczekalni). Niestawienie się na wyznaczoną godzinę skutkuje anulowaniem wizyty.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322)
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374)

.....  
Data i podpis Lekarza

.....  
Data i podpis Pacjenta

Wypełnioną dokumentację medyczną proszę odesłać na maila [wołodajowskiego41@gmail.com](mailto:wołodajowskiego41@gmail.com) lub wysłać zdjęcie MMS na nr 696 469 187 do godziny 20 dnia poprzedzającego wizytę. Niewysłanie wypełnionych dokumentów oznacza automatycznie anulowanie wizyty.

Imię i nazwisko, PESEL.....Data.....

Wykonywana praca: .....przeźren: otwarta / zamknięta

Transport do i z gabinetu: pieszo / komunikacja miejska / samochód

## **Prośba i świadome wyrażenie zgody na wizytę ortodontyczną w okresie pandemii SARS-CoV-2**

### **Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową w trakcie wizyty ortodontycznej**

Jestem świadomy, że w gabinecie ortodontycznym stosowane są środki ochronne wymienione w pkt. 1 zgodnie z zaleceniami PTS, WHO, NIL. Wiem, że opuszczając bezpieczną strefę domową poprzez kontakt z innymi osobami może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Osoby te trzeba traktować jako nieświadomych i potencjalnych nosicieli wirusa SARS-CoV-2, rozumiem i w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenia płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Odpowiedzialnie i świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty ortodontycznej w okresie pandemii SARS-CoV-2.

1. Stosowane procedury zalecane przez PTS, WHO, NIL, GIS dotyczące dezynfekcji sprzętu, pomieszczeń i zabezpieczenia personelu medycznego stosowane w gabinecie ISPO Czopor Wojciech:

- dezynfekcja gabinetów i pomieszczeń gabinetów wykonywana jest przed i po każdej wizycie pacjenta
- dezynfekcja gabinetów i pomieszczeń gabinetu wykonywana jest przy pomocy preparatów certyfikowanych na usuwanie zagrożenia bakteryjnego i wirusowego: Zeta 3 wipes POP-UP, Incides N, Prosept Wipes, Virusolve +, Velodes Soft, Velox Top AF, Manisoft, Velodes Soap, Saiko Zid, Daiko Sept, FD 322, Prosept Jet Forte, Skinman Soft Protect
- ozonowanie powietrza w gabinetach ozonatorem 3500 mg/h
- naświetlanie pomieszczeń gabinetu lampą UV
- oczyszczanie i nawilżanie powietrza w gabinetach z użyciem roztworu wody utlenionej powyżej 0,5% (urządzenie Venta)
- wymuszona cyrkulacja powietrza w gabinetach
- ciągłe filtrowanie powietrza w strefie zabiegowej (głowa pacjenta- tor oddychania) urządzeniami IQAir Dental Hg oraz IQAir Health Pro 150 (GC HEPA Pre-Filter klasy H11, filtr impregnowany aktywnym węglem AC/4-S),
- środki ochrony osobistej pacjenta: fartuch jednorazowy, rękawiczki jednorazowe, ochraniacze na buty
- środki ochrony osobistej personelu: odzież medyczna, okulary ochronne, przyłbica, maska chirurgiczna, maska Air-Ace FFP2, fartuch jednorazowy, podwójne rękawiczki jednorazowe, ochraniacze na buty
- wizyty odbywają się co godzinę, w gabinecie może przebywać tylko jeden pacjent,
- zakaz poruszania się po gabinecie osób spoza personelu gabinetu;

*Jestem świadomy istniejącego zagrożenia epidemiologicznego i oświadczam, że zostałem poinformowany/y o ryzyku, miałem/am możliwość zadawania związanych z tym pytań i uzyskałem/am na nie zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi nt. zarażenia wirusem COVID-19 mimo podjętych przez ISPO Czopor Wojciech procedur i standardów zabezpieczenia pacjenta przed zarażeniem wirusem SARS-COV-2.*

.....

Data i podpis Lekarza

.....

Data i podpis Pacjenta

**Wypełnioną dokumentację medyczną proszę odesłać na maila [wołodjowskiego41@gmail.com](mailto:wołodjowskiego41@gmail.com) lub wysłać zdjęcie MMS na nr 696 469 187 do godziny 20 dnia poprzedzającego wizytę. Niewysłanie wypełnionych dokumentów oznacza automatycznie anulowanie wizyty.**