

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Numer kontaktowy

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

1. Czy Pan/Pani/dziecko/domownik jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
TAK / NIE
2. Czy obecnie występują lub w ciągu ostatnich dwóch tygodni występowały u Pana/Pani/dziecka/domownika objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)
TAK / NIE
3. Czy u Pana/Pani/dziecka/domownika stwierdzono zarażenie wirusem COVID-19?
TAK / NIE
4. Czy w okresie ostatnich 2 tygodni miał/a Pan/Pani/dziecko/domownik kontakt z osobą, u której potwierdzono zarażenie COVID-19?
TAK / NIE

Pomiar temperatury wykonany przez personel termometrem bezdotykowym

ŚWIADOME WYRAŻENIE ZGODY NA ZABIEG W CSDiM „ELEFANT” W WARSZAWIE W OKRESIE EPIDEMII

1. Wyrażam świadomą zgodę na zabieg stomatologiczny w okresie epidemii
2. Zapoznałam/em się ze stosowanymi procedurami czyszczenia i dezynfekcji pomieszczeń, sprzętu i zabezpieczenia personelu medycznego i pacjenta stosowanymi w klinice, a są to:
 - Wymiana odzieży personelu medycznego po każdej wykonanej procedurze leczniczej,
 - Niemożność poruszania się po klinice osób spoza personelu kliniki bez nadzoru,
 - Niedopuszczalność przebywania w klinice jakichkolwiek osób poza personelem niezbędnym do zapewnienia pracy kliniki, pacjentami i ich opiekunami w trakcie oraz bezpośrednio przed i po wykonaniu procedury leczniczej,
 - Dezynfekcja i czyszczenie chemiczne i fizyczne oraz ozonowanie i wietrzenie gabinetów, połączone z przerwą w pracy gabinetu po każdej wizycie pacjenta,
 - Przeprowadzenie wywiadów lekarskich dotyczących zagrożenia wirusem COVID-19 i pomiar temperatury ciała,
 - Dezynfekcja narzędzi, sprzętów, gabinetów i innych pomieszczeń kliniki wykonywana jest przy pomocy preparatów certyfikowanych na usuwanie zagrożenia bakteryjnego i wirusowego.
3. Wyrażam zgodę na uiszczenie „opłaty epidemiologicznej” w wysokości 30 zł niezależnie od opłaty za wykonany zabieg.
4. Wyrażam zgodę na zastosowanie się do procedur postępowania w okresie epidemii obowiązujące w CSDiM Elefant, które są zgodne z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia: obowiązek zakrywania nosa i ust u osób powyżej 4 r.ż., dezynfekcja rąk, zachowywanie dystansu społecznego, wkładanie wszystkich rzeczy wnoszonych do gabinetu w worek foliowy, pozostawianie garderoby wierzchniej odwróconej na lewą stronę w szatni kliniki oraz na wszelkie inne zalecenia personelu, mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa.

Jestem świadomy istniejącego zagrożenia epidemiologicznego i zostałem poinformowany o istniejącym zagrożeniu zarażenia wirusem COVID-19 mimo podjętych przez Klinikę Elefant procedur i standardów zabezpieczenia pacjenta

.....
Podpis przyjmującego oświadczenie

.....
Data i czytelny podpis pacjenta