



OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:

PESEL:

W związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 roku:

1. Oświadczam, że nie jestem w trakcie kwarantanny.

Podpis Pacjenta

2. Oświadczam, iż w okresie ostatnich 14 dni nie miałam/em kontaktu z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2.

Podpis Pacjenta

3. Oświadczam, że w przeciągu ostatnich 2 tygodni nie przebywałam/em poza granicami Polski w rejonach transmisji koronawirusa (lista krajów publikowana jest codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Podpis Pacjenta

4. Oświadczam, że w dniu dzisiejszym, tj.:, jestem zdrowy/a (nie mam gorączki, kaszlu, uczucia duszności, zaburzeń smaku i węchu) i mogę odbyć wizytę.

Podpis Pacjenta
