

## **Zgoda na zabieg planowy w czasie trwania pandemii SARS-CoV-2**

Imię i nazwisko pacjenta.....  
numer historii choroby .....

Jestem świadomy(a) istniejącego zagrożenia epidemiologicznego występującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie planowanego zabiegu, który ma zostać wykonany w Giżyckiej Ochronie Zdrowia Sp. z o.o. oraz potencjalnej możliwości zakażenia się chorobą zakaźną SARS- CoV-2- zespół ostrej niewydolności oddechowej. Jednocześnie jestem świadomy możliwości powikłań powstałych w wyniku przebytej choroby SARS- CoV-2 polegających na dolegliwościach neurologicznych, problemach z układem trawiennym, problemach z funkcjonowaniem nerek, podwyższonym ryzykiem zawału serca, możliwymi problemami z oddychaniem, a nawet śmiercią.

Zobowiązuję się również , że przez cały okres przebywania na terenie Giżyckiej Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., będę pozostawać w maseczce chroniącej nos i usta oraz będę poddawać się dezynfekcji dłoni płynem dezynfekującym.

Akceptuję fakt, że podczas pobytu w Giżyckiej Ochronie Zdrowia Sp. z o.o., personel medyczny będzie pozostawać w maseczce ochronnej i stosował inne środki ochrony osobistej (płyny dezynfekujące, rękawiczki, przyłbice).

Ponadto w związku z obecną sytuacją epidemiczną, oświadczam, że będę przebywał na terenie Giżyckiej Ochrony Zdrowia Sp. z o. o. w związku z planowanym zabiegiem operacyjnym na własne ryzyko i na własną wyłączną odpowiedzialność, a za ewentualne negatywne skutki dla mojego zdrowia i życia, spowodowane lub pozostające w związku z epidemią, zrzekam się jednocześnie wszelkich roszczeń wobec Giżyckiej Ochrony Zdrowia Sp. z o.o. i pracowników mogących wyniknąć z tego tytułu.

.....  
(miejsowość, data, czytelny podpis pacjenta)

.....  
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

## **Zgoda na zabieg planowy w czasie trwania pandemii SARS-CoV-2**

Imię i nazwisko pacjenta.....  
numer historii choroby .....

Jestem świadomy(a) istniejącego zagrożenia epidemiologicznego występującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie planowanego zabiegu, który ma zostać wykonany w Giżyckiej Ochronie Zdrowia Sp. z o.o. oraz potencjalnej możliwości zakażenia się chorobą zakaźną SARS- CoV-2- zespół ostrej niewydolności oddechowej. Jednocześnie jestem świadomy możliwości powikłań powstałych w wyniku przebytej choroby SARS- CoV-2 polegających na dolegliwościach neurologicznych, problemach z układem trawiennym, problemach z funkcjonowaniem nerek, podwyższonym ryzykiem zawału serca, możliwymi problemami z oddychaniem, a nawet śmiercią.

Zobowiązuję się również , że przez cały okres przebywania na terenie Giżyckiej Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., będę pozostawać w maseczce chroniącej nos i usta oraz będę poddawać się dezynfekcji dłoni płynem dezynfekującym.

Akceptuję fakt, że podczas pobytu w Giżyckiej Ochronie Zdrowia Sp. z o.o., personel medyczny będzie pozostawać w maseczce ochronnej i stosował inne środki ochrony osobistej (płyny dezynfekujące, rękawiczki, przyłbice).

Ponadto w związku z obecną sytuacją epidemiczną, oświadczam, że będę przebywał na terenie Giżyckiej Ochrony Zdrowia Sp. z o. o. w związku z planowanym zabiegiem operacyjnym na własne ryzyko i na własną wyłączną odpowiedzialność, a za ewentualne negatywne skutki dla mojego zdrowia i życia, spowodowane lub pozostające w związku z epidemią, zrzekam się jednocześnie wszelkich roszczeń wobec Giżyckiej Ochrony Zdrowia Sp. z o.o. i pracowników mogących wyniknąć z tego tytułu.

.....  
(miejsowość, data, czytelny podpis pacjenta)

.....  
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie)