

V současné situaci pandemie koronavirem je potřeba přijímat opatření k minimalizaci rizik přenosu infekce v rámci zdravotnického zařízení. Vzhledem k tomu vás žádáme o pravdivé vyplnění následujících informací.

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:/.....

Adresa trvalého bydliště:

Zaškrtněte platné tvrzení:

Prohlašuji, že jsem v posledních 10 dnech necestoval do zahraničí nebo mimo okres mého trvalého bydliště (v rámci ČR). Pokud ano, prosím uveďte kam:

..... (doplňte).

V posledních 10 dnech jsem nebyl ve styku s osobou trpící příznaky virové infekce, osobou v individuálně nařízené karanténě či s osobou s prokázanou infekcí COVID_19.

V současnosti nejsem v individuálně nařízené karanténě.

Nemám v současnosti žádné projevy infekce, především: teplotu > 37,3 °C, kašel, nově vzniklou dušnost a/nebo průjem a/nebo ztrátu chuti a čichu.

Při pozitivním testu na nový koronavirus (ev. diagnóze onemocnění COVID19) v průběhu příštích 14 dnů budu informovat endoskopické pracoviště na:

tel. číslo:.....

mailové adrese:.....

.....

.....

Datum

Podpis pacienta