

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/podpisany

.....

oświadczam, że pacjentka/pacjent i jej/jego otoczenie:

- nie jest objęte obowiązkową kwarantanną w związku ze stanem epidemii;
- w ostatnich 4 tygodniach nie przebywali poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie mieli kontaktu z osobami powracającymi z zagranicy;
- w ostatnich 4 tygodniach nie mieli kontaktu z osobami zarażonymi koronowirusem COVID-19;
- nie wykazują objawów koronowirusa COVID-19 takich jak:
 - gorączka powyżej 38 st. C
 - kaszel
 - uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza

W przypadku pojawienia się wyżej wymienionych objawów zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym zespół hospicyjny.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)