

Z důvodu prevence šíření nemoci Covid 19 a ochrany zdraví našich pacientek a pacientů, žádáme všechny návštěvy o podpis Prohlášení o bezinfekčnosti, dodržení hygienických zásad a použití ochranné roušky přes ústa a nos.

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

vyplňte, prosím, v den návštěvy

Já: _____

Datum narození: _____

prohlašuji, že nejevím známky akutního respiračního ani jiného infekčního onemocnění (horečka, kašel, dušnost, průjem apod.) a krajská hygienička/hygienik ani ošetřující lékař/lékařka mi nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že jsem v posledních dvou týdnech přišla/přišel do styku s osobami, které onemocněli infekční chorobou.

Jsem si vědoma/vědom, že v případě nepravdivého prohlášení mohu ohrozit zdraví a život navštívené osoby, případně i dalších pacientek a pacientů a personálu a mohl/mohla bych být za toto vědomé šíření přenosné nemoci trestně stíhána/stíhán.

Jméno navštívené osoby: _____

Datum návštěvy: _____

Podpis _____