Gdynia, dn. ….....2020 r.

Imię i nazwisko rodziców: ……..

Imię i nazwisko dziecka:…….

ZGODY I OŚWIADCZENIA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

1. Niniejszym wyrażam zgodę na badanie temperatury ciała mojego dziecka przed każdym świadczeniem usługi medycznej realizowanej przez lekarza stomatologa w czasie trwania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, spowodowanego chorobą COVID-19 przy użyciu bezdotykowego termometru.

…….…… …….……..
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

2. Stan zdrowia dziecka będzie oceniany na podstawie „Informacji dotyczącej stanu zdrowia dziecka" pobieranej podczas rozmowy telefonicznej przeprowadzonej przez pracownika NZOZ Śródmieście z rodzicem/opiekunem prawnym dziecka oraz pomiaru temperatury ciała przeprowadzonego w dniu wizyty w szkolnym gabinecie stomatologicznym.

…….…… …….……..
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

3. Jestem świadomy możliwości zakażenia mojego dziecka, mnie, moich domowników, opiekunów w szkole i innych dzieci w szkole COVID-19. Jestem świadomy, iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników opieki wraz z opiekunami i dyrekcją jak również ich rodzinami.

…….…… …….……..
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Gdynia, dn. …….....2020 r.

Imię i nazwisko rodziców: ……..

Imię i nazwisko dziecka:…….

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA

1. Czy dziecko czuje się zdrowe: TAK/NIE *
2. Czy u dziecka występują: Duszności, Kaszel, Katar, Gorączka, Utrata apetytu, Osłabienie -

   zaznaczyć objaw, który występuje
3. Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, u której stwierdzono COVID-19 bądź osobą, która przebywa na kwarantannie lub powróciła z zagranicy ? TAK/NIE*
4. Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.? TAK/NIE *
5. Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą, nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń szkolnego gabinetu stomatologicznego.

*- właściwą odpowiedź zaznaczyć kółkiem

Informacja dotycząca stanu zdrowia dziecka została przeprowadzona telefonicznie z rodzicem/opiekunem prawnym dziecka w dniu …… przez pracownika NZOZ Śródmieście …….

……

Podpis pracownika NZOZ Śródmieście