

.....  
(data wypełnienia)

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a).....  
imię i nazwisko

zamieszkały(a): .....  
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

Oświadczam, że:

1. Zapoznał/em(am) się z aktualną Procedurą w sprawie odwiedzin pacjentów w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie, obowiązującą w stanie epidemii spowodowanej zakażeniami wirusem SARS CoV-2 wywołującymi chorobę zakaźną COVID-19 oraz zobowiązuję się do jej przestrzegania.
2. Obecnie nie mam pozytywnego wyniku na obecność wirusa SARS CoV-2; nie jestem objęty(a) izolacją, ani kwarantanną oraz w ciągu ostatnich 14 dni nie miał/em(am) kontaktu z osobą zakażoną tym wirusem, a także z osobą izolowaną lub przebywającą w kwarantannie.
3. Obecnie u mnie, ani u żadnej osoby z jaką w ostatnim czasie kontaktowałem/em(am) się nie występują żadne z następujących objawów mogących wskazywać na zakażenie wirusem SARS CoV-2, w tym m.in. gorączka, suchy kaszel, zmęczenie, utrata smaku lub węchu, osłabienie, skrócenie oddechu, duszność, katar/zatkany nos, ból gardła, chrypka, bóle mięśni i/lub stawów, ból głowy, biegunka, mdłości, nudności.

Świadomy zagrożenia przeniesienia infekcji nawet przez osoby nie wykazujące objawów COVID-19, na własną odpowiedzialność chcę odwiedzić pacjenta Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie.

.....  
imię i nazwisko pacjenta

Zobowiązuję się do przestrzegania podczas odwiedzin reżimu sanitarnego obowiązującego w KOZZD w Gostyninie.

Wyrażam zgodę\*/nie wyrażam zgody na pomiar temperatury' ciała\*  
(brak możliwości realizacji odwiedzin)\*

Wynik pomiaru: temperatura w normie\*/ temperatura powyżej 37,4°C  
(brak możliwości realizacji odwiedzin)\*

.....  
Czytelny podpis osoby odwiedzającej

\* niepotrzebne skreślić