

IZJAVA

u cilju sprječavanja širenja zaraze koronavirusom (COVID-19).

PODATCI	PACIJENT	PRATNJA
Ime i prezime		
Datum rođenja		
OIB		
Adresa		

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću svojim potpisom jamčim za istinitost svih navedenih podataka koje dajem u svojstvu pacijenta ili u svojstvu pratitelja pacijenta što se odnosi na korisnika usluga i mene osobno kao osobu u pratnji, bilo na prvom dolasku ili prilikom svakog dolaska u Polikliniku SUVAG.

1. meni, niti djetetu u čijoj sam pratnji nije određena mјera samoizolacije zbog sumnje na zarazu COVID-19
2. ja, niti dijete kojem sam u pratnji nismo svjesno tijekom zadnjih 14 dana bili u bliskom kontaktu s osobom oboljelom od COVID-19
3. ja, niti dijete kojem sam u pratnji nismo svjesno bili u bliskom kontaktu s osobom kojoj je izrečena, u trenutku kontakta, važeća mјera samoizolacije
4. nemamo simptome povиšene tjelesne temperature, kašalj, otežano disanje i/ili kratkoču dah, oslabljen osjet mirisa i okusa, grlobolju, proljev i povraćanje

OVIM PUTEM IZJAVLJUJEM DA SAM UPONAT S ČINJENICOM DA ĆE PROTIV MENE, U SLUČAJU UTVRĐENJA NEISTINITOSTI NEKOG OD GORE NAVEDENIH PODATAKA, BITI PODUZETE SVE PRAVNE RADNJE OD STRANE POLIKLINICI SUVAG, SUKLADNO ODREDBAMA KAZNENOG ZAKONA VEZANIM UZ SPRJEČAVANJE PROŠIRENJA, ODNOSNO, ŠIRENJA ZARAZNIH BOLESTI.

Ova izjava se izdaje na zahtjev Poliklinike SUVAG i koristit će se kao dokaz sukladnosti pacijentovog i pratiteljevog zdravstvenog stanja sa smjernicama danima zdravstvenim ustanovama, a u cilju sprječavanja širenja zaraze koronavirusom (COVID-19).

Zagreb, _____

Ime i prezime: _____

Potpis: _____

Pacijenti koji dolaze na terapiju prilikom svakog dolaska potvrđuju istinitost podataka na poledini izjave.

Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka davatelj/i ove izjave svojim potpisom daju suglasnost Poliklinici SUVAG da prikuplja i obrađuje osobne podatke iz ove izjave i koristi ih samo u svrhu utvrđivanja ispunjavanja uvjeta korisnika za početak terapije ili provedbu dijagnostičkih pregleda/postupaka od 4.5.2020.

DATUM DOLASKA NA TERAPIJU I POTPIS PACIJENTA/RODITELJA/SKRBNIKA/UDOMITELJA
