



Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG

Kneza Ljudevita Posavskog 10, p.p. 617, HR-10000 Zagreb, Hrvatska, Tel: +385-1-46 29 600
Ravnatelj: +385-1-46 29 603, Fax: +385-1-46 55 166, Brzjavna kratica: SUVAG, OIB: 88696689887
IBAN: HR4423600001101251151, url: <http://www.suvag.hr>, e-mail: zagreb@suvag.hr

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 mjera samoizolacije zbog sumnje na zarazu COVID-19
2. ja, niti dijete kojem sam u pratnji nismo tijekom zadnjih 14 dana bili u bliskom kontaktu s osobom oboljelim od COVID-19
3. ja, niti dijete kojem sam u pratnji nismo bili u bliskom kontaktu s osobom kojoj je izrečena, u trenutku kontakta, važeća mjera samoizolacije
4. nemamo simptome povišene tjelesne temperature, kašalj, otežano disanje i/ili kratkoću daha, oslabljen osjet mirisa i okusa, grlobolju, proljev i povraćanje

Ovim putem izjavljujem da sam upoznat s činjenicom da će protiv mene, u slučaju utvrđenja neistinitosti nekog od gore navedenih podataka, biti poduzete sve pravne radnje od strane Poliklinike 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.
