

....., dnia ..... 2020 r.

*/miejscowość/*

.....  
.....  
*/pieczęć placówki medycznej/*

*pieczęć indywidualnej praktyki zawodowej/*

## **OŚWIADCZENIE PACJENTA**

### **w warunkach występowania stanu epidemii**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/a, iż świadczenie zdrowotne udzielane jest mi w okresie obowiązywania stanu epidemii, wprowadzonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, który został ogłoszony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r.
2. Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku istniejącym także pomimo zastosowania koniecznych środków ochronnych - związanym z możliwością zakażenia się wirusem SARS-CoV-2 w związku z realizacją świadczenia zdrowotnego w warunkach stanu epidemii, o którym mowa powyżej.
3. Mając na uwadze okoliczności, opisane w punktach 1 i 2, wyrażam zgodę na udzielenie mi świadczenia zdrowotnego warunkach, opisanych w punkcie 1 niniejszego oświadczenia.

.....  
*/ podpis pacjenta /*

*wzór opracowano na zlecenie*