

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO
DOTYCZĄCE ŚWIADOMOŚCI RYZYKA ZAKAŻENIA
PATOGENAMI PRZENOSZONYMI DROGA KROPELKOWĄ**

Podczas przebywania w gabinecie stomatologicznym Smart Smile pomimo zastosowania procedur oraz środków ochrony o zalecanym przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne standardzie, dzięki którym ryzyko to ograniczone jest do minimum, może dojść do zakażenia wirusem SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko powikłań COVID-19, w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę pacjenta). Pacjent rozumie również, iż podczas wszelkich czynności medycznych u naszych lekarzy (leczenie stomatologiczne, konsultacja, zabieg ambulatoryjny) może dojść do powyższego zakażenia, pomimo stosowania zalecanych środków ochronnych.

OŚWIADCZAM, że jestem świadoma/y opisanego powyżej ryzyka podczas tej wizyty i wszystkich kolejnych. ŚWIADOMIE decyduję się na skorzystanie z leczenia w Smart Smile i odstępuję od wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniami wobec podmiotu leczniczego/praktyki lekarskiej i przyjmujących mnie lekarzy.

Zgadzam się na poniesienie dodatkowej opłaty w wysokości 30 zł związanej z dodatkowym kosztem zabezpieczeń.

Data i podpis pacjenta/

opiekuna.....