



## Zgoda na leczenie w Klinice Stomatologicznej RP-Dent w czasie pandemii SARS-CoV-2

1. Proszę o wykonanie zabiegu leczniczego w okresie epidemii i wyrażam świadomą zgodę na zabieg.
2. Zapoznano mnie z procedurami nadzwyczajnymi panującymi w Klinice w okresie pandemii.
  - a. Poinformowano mnie o zastosowanym zabezpieczeniu (jednorazowa odzież ochronna dla personelu placówki oraz pacjenta, maski FFP2/FFP3, gogle, przyłbice, podwójne rękawice stosowane przez personel, dezynfekcja wszystkich powierzchni oraz klamek w gabinecie), a także o niedopuszczeniu do przebywania w placówce większej liczby osób niż liczba niezbędna do jej prawidłowego funkcjonowania.
  - b. Po każdej wizycie następuje przerwa w pracy lekarzy-dentystów, kiedy to dokonywana jest dezynfekcja pomieszczeń.
  - c. Przeprowadzany jest wywiad lekarski, pod kątem potencjalnego zakażenia SARS-CoV-2.
3. Jestem świadomy istniejącego zagrożenia epidemiologicznego i konsekwencji jakie wynikają z zarażenia SARS-CoV-2. Zostałem poinformowany/a, że w Klinice Stomatologicznej RP-Dent w Łodzi, stosowane są procedury i standardy zabezpieczenia Pacjenta przed zarażeniem, zgodne z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia oraz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

.....

Data i czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego