

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ PRO NÁVŠTĚVY PACIENTŮ/KLINETŮ

Jméno a příjmení pacienta/klienta:

.....

Jméno a příjmení třetí osoby (návštěvy)

.....

Rodné číslo (návštěvy)

.....

Trvalé bydliště (návštěvy)

.....

Telefonní kontakt (návštěvy)

.....

Zdravotní pojišťovna (návštěvy)

.....

Podmínku návštěvy dle Mimořádného opatření MZDR 14597/2021-1/MIN/KAN splňuji díky¹:

- ☐ doložení negativního antigenního/PCR testu ne staršího 48 hodin a svým podpisem stvrzuji pravdivost přeložených výsledků RT PCR testů nebo POC testu na přítomnost antigenu viru SARS CoV-2, které proběhlo nejdéle 48 hodin před zahájením návštěvy;
- ☐ doložením certifikátu MZČR o provedeném očkování proti COVID-19 a svým podpisem stvrzuji pravdivost přeloženého certifikátu;
- ☐ prodělání onemocnění COVID-19 v posledních 90 dnech a svým podpisem stvrzuji, že jsem v době 90 dnů přede dnem návštěvy prodělal(a) onemocnění COVID-19 a dokládám o tomto doklad;
- ☐ podstoupení testu na přítomnost antigenu SARS-CoV-2 před návštěvou, s provedením testu vyjadřuji svůj souhlas, jsem poučen, že v případě pozitivního výsledku testu budu kontaktovat svého praktického lékaře.

Výsledek testu na přítomnost antigenu SARS-CoV-2 před návštěvou, pokud je proveden (doplň zdravotnický pracovník):

☐ POZITIVNÍ

☐ NEGATIVNÍ

Toto čestné prohlášení slouží pro případnou kontrolu oprávněnosti výjimky ze zákazu návštěv a bude archivováno jako součást dokumentace klienta.

Svým podpisem souhlasím se zpracováním výše uvedených osobních údajů.

V

dne.....

Podpis třetí osoby (návštěvy)

¹ Křížkem označte pravdivé tvrzení.