

Nemocnica s poliklinikou, n.o. Revúca

PREHLÁSENIE O ZDRAVOTNOM STAVE

Názov zariadenia /ambulancia , oddelenie v ktorom žiadam poskytnúť vyšetrenie/ošetrovanie v NsP,n.o., Revúca , Litovelská 25,05001 Revúca

.....
Ja, dolu podpísaný/á (titul, meno a priezvisko):

Bytom (ulica, PSČ, mesto, štát):

Narodený (dátum):

Telefónny kontakt:.....

prehlasujem že:

- **nemám podozrenie, že by som bol nakazený, ani nevykazujem žiadne príznaky (vysoká teplota (nad 38°C), suchý kašeľ, krátky dych, ťažkosti s dýchaním, zápal pľúc /prítomné môžu byť aj ďalšie symptómy ako bolesti hlavy, stuhlosť svalov, nechutenstvo, vyrážka, hnačka/)** akútnej respiračnej infekcie COVID-19,
- **nie som v povinnej karanténe,**
v priebehu posledných 30 dní som sa nevrátil zo zahraničia, ani som v tomto období nebol v osobnom styku s osobou, ktorá sa vrátila zo zahraničia, alebo s osobou ktorá je v karanténe v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2“.

Beriem na vedomie, že nepravdivé prehlásenie môže byť kvalifikované ako trestný čin šírenia nebezpečnej nakažlivej ľudskej choroby podľa § 163 Trestného zákona, podľa ktorého je trestné, ak niekto úmyselne spôsobí alebo zvýši nebezpečenstvo zavečnenia alebo rozšírenia nebezpečnej nakažlivej ľudskej choroby. Podľa odseku 3 tohto ustanovenia: Odňatím slobody na štyri roky až desať rokov sa páchatel potrestá, ak spácha čin uvedený v odseku 1

- a) a spôsobí ním ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť, alebo
- b) za krízovej situácie.

Podľa § 134 odsek 2 Trestného zákona: Krízovou situáciou sa na účely tohto zákona rozumie

- a) núdzový stav,
- b) výnimočný stav,
- c) vojnový stav, alebo
- d) vojna.

Prehlasujem, že som si plne vedomý, že keď zatajím akúkoľvek skutočnosť ktorou ohrozím zdravotníckych pracovníkov, alebo ostatných pacientov, preberám plnú zodpovednosť za všetky ujmy ktoré z môjho konania vzniknú.

Prehlasujem, že aj napriek poučeniu o šírení nákazy ochorením COVID-19 chcem byť ošetrovaný/ vyšetrený v zdravotníckom zariadení NsP, n.o., Revúca.

Prehlasujem, že som si vedomý toho, že nesiem všetku zodpovednosť a riziká spojené s mojím ošetrovaním/vyšetrením v zdravotníckom zariadení NsP, n.o., Revúca a za škodu spôsobenú na zdraví, ktorá vznikne mne alebo ju spôsobím poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti či ďalším pacientom v zdravotníckom zariadení a všetkým tretím osobám, ktoré sa nejakým spôsobom podieľajú na zabezpečení zdravotnej starostlivosti.

Prehlasujem, že v prípade poškodenia svojho zdravia si túto škodu nebudem uplatňovať u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti NsP,n.o., Revúca a tretích osôb.

Prehlasujem, že všetky mnou uvedené údaje sú pravdivé. Prehlásenie potvrdzujem svojim podpisom (podpisom zákonného zástupcu).

V Revúcej, dňa:

Podpis: