

**Wniosek o przyjęcie na wizytę stomatologiczną
w okresie epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego koronawirusem (COVID-19)**

w gabinecie dentystycznym Kids Dental, mieszczącym się w Warszawie, przy ulicy Księcia Janusza 42 lok. U3 zwanym dalej „**Gabinetem**”

prowadzonym przez dr n.med. Katarzynę Kajka-Hawryluk, nr prawa wykonywania zawodu: 2355161, zwana dalej „**Lekarzem**”

Uwagi ogólne:

W czasie epidemii COVID-19 Ministerstwo Zdrowia zaleca, aby lekarze dentyści ograniczyli przyjęcia pacjentów do przypadków pilnych, a wizyty planowe przekładali na dalszy termin. Wizyty pacjentów w trakcie leczenia ortodontycznego, powinny być poprzedzone telefonicznym wywiadem z pacjentem celem ustalenia procedury działania oraz terminu wizyty.

Uwaga! Gabinet nie jest przygotowany do przyjmowania pacjentów należących do grupy podwyższonego ryzyka, tj. osób podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, osób w trakcie odbywania kwarantanny lub z potwierdzonym zakażeniem COVID-19. Osoby należące do grupy podwyższonego ryzyka nie będą przyjmowane w Gabinetcie. Stosownie do zaleceń Ministerstwa Zdrowia osoby takie powinny być leczone w specjalnie do tego przeznaczonych jednostkach.

Osoby składające wniosek o przyjęcie na wizytę stomatologiczną w Gabinetcie, zobowiązane są do poinformowania Lekarza o okolicznościach dotyczących przynależności do grupy podwyższonego ryzyka, w tym poprzez wypełnienie formularza wywiadu epidemiologicznego GIS. Zatajenie tych informacji lub podanie nieprawdziwych informacji wiązać się może z odpowiedzialnością cywilną lub karną osoby składającej takie fałszywe oświadczenia. Osoba odmawiająca podania informacji odnośnie przynależności do grupy podwyższonego ryzyka, nie będzie przyjmowana w Gabinetcie.

Data: _____

Dane Pacjenta:

Imię: _____

Nazwisko: _____

Numer PESEL: _____

Dane opiekuna prawnego:

Imię: _____

Nazwisko: _____

Numer PESEL: _____

Telefon: _____

Adres e-mail: _____

1. Proszę o przyjęcie mnie /mojego dziecka/ _____ na wizytę stomatologiczną. *(uzupełnić, niepotrzebne skreślić)*
2. Powód wizyty *(wybrać właściwe)*:
 - Jestem zaniepokojony stanem jamy ustnej (np. objawy bólowe, krwawienie, obrzęk)
 - Jestem zaniepokojony przebiegiem leczenia (np. awaria aparatu ortodontycznego)
 - Chcę odbyć wizytę kontrolną
3. Zdaję sobie sprawę, iż standardowe wizyty stomatologiczne są okolicznościami o wysokim ryzyku zarażenia się COVID-19: (i) lekarza przez pacjenta lub (ii) pacjenta przez lekarza lub (iii) pacjenta przez innego pacjenta. Do zarażenia COVID-19 może dojść przez przeniesienie cząsteczki wirusa w aerozolu wydychanym z ust lubi nosa lub przez przeniesienie z miejsc skażonych w okolicę oczu lub ust (np.: w przypadku nieświadomego nosicielstwa koronawirusa przez lekarza lub pacjenta lub przez dotykание miejsc skażonych aerozolem zawierającym koronawirus).
4. Rozumiem, że w przypadku udokumentowania zarażenia osoba zarażona i osoby z nią kontaktujące się mogą być objęte kwarantanną, w następstwie czego życie prywatne i zawodowe tych osób może być znacznie ograniczone.
5. Rozumiem, że zarażenie się wirusem może wpłynąć na moje zdrowie, zdrowie członków mojej rodziny lub innych osób, z którymi będę miał kontakt – może je pogorszyć, a w niektórych przypadkach może doprowadzić do zgonu.

6. Rozumiem, że na zminimalizowanie ryzyka zakażenia się przez pacjenta lub lekarza, może mieć wpływ odpowiednie przygotowanie Gabinetu oraz możliwie krótki czas wizyty. Ograniczenie czasu wizyty do niezbędnego minimum może wiązać się z ograniczeniem zakresu zabiegu, co może oznaczać przełożenie mniej pilnych działań lekarskich na późniejszy czas. Wiąże się to również ze zmianą dotychczasowych standardów pracy lekarza – ograniczenie komunikacji słownej w gabinecie (zwiększenie komunikacji telefonicznej lub mailowej), ograniczenie do niezbędnego minimum postępowania okołozabiegowego względem dzieci (np.: filmy, nagrody, stosowanie tzw. gazu rozweselającego).
7. Zapoznałem/am się z następującymi zasadami przebywania w Gabinetcie i zobowiązuję się do ich przestrzegania::
 - a) bezpośrednio po wejściu do Gabinetu umyć ręce według instrukcji GIS (pacjent i opiekun), pacjent dodatkowo myje twarz;
 - b) wypełnić zgodnie z prawdą formularz wywiadu epidemiologicznego GIS, dostępny w Gabinetcie;
 - c) ograniczyć przemieszczanie się po poczekalni Gabinetu, starać się nie dotykać niepotrzebnie przedmiotów znajdujących się w Gabinetcie;
 - d) na poczekalni opiekun ma mieć założoną maseczkę na twarzy; bez potrzeby opiekun nie wchodzi do pomieszczenia zabiegowego;
 - e) przed wejściem do pomieszczenia zabiegowego założyć jednorazowe pokrowce na buty oraz zdezynfekować ręce.
 - f) Po skończonym zabiegu opuścić pomieszczenie zabiegowe i wyrzucić jednorazowe ochraniacze na buty do wyznaczonego pojemnika
8. Zostałem/am poinformowany/a, że Gabinetcie został przygotowany w możliwie najlepszy sposób zabezpieczający pacjentów i lekarza przed zarażeniem się koronawirusem. W szczególności zostałem/am poinformowany/a o następujących, środkach podejmowanych przez Gabinet celem zmniejszenia ryzyka zarażenia się przez pacjenta lub lekarza COVID-19:
 - a) Oprócz standardowych procedur aseptyki i antyseptyki w Gabinetcie zostały wdrożone dodatkowe procedury zabezpieczające przed zakażeniem –np.: lekarz zmienia fartuch między przyjęciem każdego pacjenta, wydłużony został czas przeznaczony na wizytę dla pacjenta, tak aby kolejni pacjenci nie mieli ze sobą kontaktu, a pomieszczenia mogły być wietrzone, wszystkie powierzchnie gładkie w zasięgu fizycznej możliwości są dezynfekowane między wizytami.
 - b) Przed przyjęciem pierwszego pacjenta oraz po opuszczeniu Gabinetu przez kolejnego pacjenta, klamki, włączniki lamp, stolik w poczekalni oraz długopis w poczekalni, baterie w toalecie oraz deska klozetowa są dezynfekowane.
 - c) Pacjent zakłada ochraniacze jednorazowe na buty oraz dezynfekuje skórę dłoni.

9. Mając powyższe na uwadze, będąc w pełni świadom ryzyk związanych z możliwością zakażenia się COVID-19, wyrażam wolę podjęcia leczenia stomatologicznego/ortodontycznego/____ w Gabinetcie i robię to na własną odpowiedzialność.
10. Oświadczam, iż podałem/am prawdziwe i pełne informacje w formularzu wywiadu epidemiologicznego GIS.

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego:
