

ДЕКЛАРАЦИЯ

От

....., ЕГН,
в качеството си на родител/настойник на

....., ЕГН

Получавам дентална/ортодонтска помощ във МДЦ Ортогин ООД по моя
изрична молба и изразено съгласие.

Наясно съм, че денталната помощ ми се оказва в усложнена и рискована
епидемиологична обстановка.

В тази връзка декларирам следното:

1. Не съм лице, поставено под карантина в дома или на друго място за настаняване.
2. Не съм контактно лице на потвърден случай на COVID – 19.
3. През последните 21 дни не съм пътувал в рискована зона и не съм бил в контакт с лице, което е пътувало в рискована зона.

Декларирам, че в последните дни преди да посетя лечебното заведение, както и в момента **НЯМАМ** следните симптоми:

повишена телесна температура, кашлица, неразположение, хрема, възпалено
гърло, стомашно-чревни симптоми, като гадене, повръщане и /или диария,
промени в психичния статус (т.е. объркване или летаргия).

При влизане в лечебното заведение ми беше предоставено за ползване средство
за дезинфекция на ръцете.

В случай, че по отношение на мен или мой близък или контактно на мен лице бъде
установен положителен резултат за COVID – 19 незабавно ще уведомя лечебното
заведение.

Известно ми е, че при деклариране на неверни данни нося наказателна отговорност
по чл.313 от НК.

Давам съгласието си екипът на МДЦ Ортогин да обработва и съхранява личните
ми данни.

Дата:

Подпис: