

# ДЕКЛАРАЦИЯ

ОТ

....., ЕГН .....

Наясно съм, че предстои да ми бъде оказана медицинска помощ 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 (напр. объркване или замаяност).

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

В случай, че на мен или на мой близък/контактно 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: