



OŚWIADCZENIE PACJENTA

miejsowość.....data.....

imię i nazwisko pacjenta/ki.....

Z powodu wykrytego czynnika alarmowego*.....

lub choroby zakaźnej*.....

zapoznano mnie ze sposobem postępowania w trakcie trwania izolacji oraz możliwymi zagrożeniami. Zobowiązuje się do przestrzegania przedstawionych mi zasad postępowania.

.....
podpis pacjenta

.....
podpis osoby edukującej pacjenta

*skreślić niepotrzebne



OŚWIADCZENIE PACJENTA

miejsowość.....data.....

imię i nazwisko pacjenta/ki.....

Z powodu wykrytego czynnika alarmowego*.....

Lub choroby zakaźnej*.....

zapoznano mnie ze sposobem postępowania w trakcie trwania izolacji oraz możliwymi zagrożeniami. Zobowiązuje się do przestrzegania przedstawionych mi zasad postępowania.

.....
podpis pacjenta

.....
podpis osoby edukującej pacjenta

*skreślić niepotrzebne