

**Інформована згода щодо обмежувальних протиепідемічних заходів, які встановлені у зв'язку з запровадженням карантину**

Пацієнт: \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

Я, шляхом підписання цієї інформованої згоди підтверджую, що уважно прочитала, зрозуміла зміст чинного законодавства України, спрямованого на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19), свідомо і добровільно надаю ТОВ «ЕСПЕРАНТО МЕД» достовірну інформацію про те, що я протягом останніх 14 календарних днів:

- не маю жодних ознак застудного та/або респіраторного захворювання, температура мого тіла  $\geq 36,6^{\circ}\text{C}$ , у мене немає кашлю або утрудненого дихання, нежиті, болю у горлі, загальної слабкості, лихоманки, шлунково-кишкових симптомів (нудота, блювання, діарея), я не є особою з підтвердженим або ймовірним випадком COVID-19, не потребую госпіталізації або самоізоляції;
- не мала жодних контактів з особами, в яких були прояви застудного та/або респіраторного захворювання (у тому числі але не виключно, особами з температурою тіла  $\geq 36,6^{\circ}\text{C}$ , особами з кашлем або утрудненим диханням, лихоманкою, нежиттю, болем у горлі, загальною слабкістю), особами з підтвердженим або ймовірним випадком COVID-19;
- не відвідувала та не проживала у країні/регіоні із місцевою передачею вірусу в громаді, відповідно до ситуаційних звітів ВООЗ.

Я, усвідомлюю та несу повну відповідальність за надану ТОВ «ЕСПЕРАНТО МЕД» інформацію згідно вимог чинного законодавства, спрямованого на запобігання виникнення і поширення коронавірусної хвороби (COVID-19).

Я, усвідомлюю та погоджуюсь з тим, що перебування в медичному центрі ТОВ «ЕСПЕРАНТО МЕД», у зв'язку з запровадженням карантину, потребує деяких обмежень у зв'язку з введеними епідемічними заходами, які я зобов'язуюсь виконувати.

Я усвідомлюю та зобов'язуюсь у разі прояви у мене протягом 14 календарних днів з дати підписання цієї згоди ознак симптомів, які відповідають COVID-19, у двогодинний строк проінформувати про підозру на захворювання лабораторний центр МОЗ України та письмово ТОВ «Есперанто Мед»

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 року, \_\_\_\_\_

Особу та підпис \_\_\_\_\_ перевірено  
Відповідальна особа \_\_\_\_\_

*Цю інформовану згоду посвідчено:*

**Головний лікар**

**Медичного центру «Есперанто» ТОВ «Есперанто Мед»**

\_\_\_\_\_

***І.П. Нігуца***

М. П.