

**DECLARATIE PE PROPRIE RASPUNDERE
PENTRU PREVENIREA RASPANDIRII INFECTIEI CU VIRUSUL COVID-19**

În scopul prevenirii si limitarii îmbolnavirii cu CORONAVIRUS COVID-19, pentru protejarea dumneavoastra si a personalului medical si/sau non-medical cu care interactionati în cadrul clinicii noastre va rugam sa verificati datele dumneavoastra si sa completati, pe proprie raspundere, prezentul chestionar.

Nume si prenume pacient: _____

CNP: _____

Data nasterii _____

E-mail _____

Telefon /fax: _____

Adresa de domiciliu (unde locuiti în prezent): _____

Chestionar

Nr. crt.	Întrebare	DA	NU
1.	Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare/carantină impusă de autorități?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	V-a fost impusă în ultimele 14 zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorități?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ați avut în ultimele 14 zile unul din simptomele de mai jos?		
	- febră	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	- tuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- respirație greoaie/dificultăți în respirație/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- frisoane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri musculare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri de cap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri de gât	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- greață, diaree, vărsături	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pierdere de gust sau miros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Care sunt bolile de care suferiți?		

6. Declar ca am înțeles și cunosc prevederile art. 326 din Codul penal potrivit caruia “Declararea necorespunzătoare a adevărului, făcută unei persoane dintre cele prevăzute în art. 175 sau unei unități în care aceasta își desfășoară activitatea în vederea producerii unei consecințe juridice, pentru sine sau pentru altul, atunci când, potrivit legii ori împrejurărilor, declarația făcută servește la producerea acelei consecințe, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă” ca și prevederile art. 352 Codul penal potrivit caruia “Nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase, dacă a avut ca urmare răspândirea unei asemenea boli, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amendă”.

7. Înțeleg și respect măsurile suplimentare de prevenire a răspândirii Coronavirusului COVID-19 stabilite în Clinicile MG Medical pe perioada Speciala de alertă medicală, respectiv:

- voi păstra distanța de 1.5 m între mine și ceilalți pacienți din sala de așteptare a Clinicii MG Medical;
- nu insist să fiu primit/tratat în cadrul Clinicii MG Medical dacă prezint cel mai ușor simptom asociat simptomatologiei COVID-19 și nu voi avea nicio pretenție de nicio natură de la Clinica ca urmare a refuzului acesteia de a mă trata pe perioada Situației de alertă/carantină medicală;
- în situația în care, după părăsirea Clinicii MG Medical, voi fi declarat suspect sau diagnosticat cu COVID-19, mă oblig prin prezența sa anunț de îndată Clinica MG Medical.

Nume și prenume: _____

Data completării: ___/___/_____

(semnătura)