

Formulár pre návštevy

Odovzdať zdravotníckemu personálu oddelenia

1. Meno, Priezvisko, Bydlisko, telefonický kontakt:.....
.....

Vzťah k pacientovi: syn, dcéra, matka, otec, vnuk, vnučka, manžel, manželka

2. Meno pacienta, ktorého navštevujete:.....

3. Oddelenie kde je navštevovaný pacient hospitalizovaný:

I. PaF, II. PaF, OAİM, ONKO, GERIATRIA, ODCH

4. Čestne prehlasujem, že netrpím prenosnou chorobou alebo akútnym respiračným ochorením. Ďalej prehlasujem, že som nebol kontakte s osobou, ktorá bola Covid 19 pozitívnu.

5. Čestne prehlasujem, že :

som plne očkovaný dvomi dávkami vakcíny proti ochoreniu Covid 19 a to najmenej 14 dní po aplikácii druhej dávky očkovacej látky proti ochoreniu COVID-19 s dvojdávkovou schémou alebo plne očkovaný jednou dávkou najmenej 21 dní po aplikácii prvej dávky vakcíny proti ochoreniu Covid 19 očkovacej s jednodávkovou schémou

preukazujem sa negatívnym výsledkom RT-PCR alebo LAMP testu na ochorenie COVID-19 nie starším ako 72 hodín od odberu zo dňa

preukazujem sa negatívnym výsledkom antigénového testu na ochorenie COVID-19 nie starším ako 24 hodín od odberu zo dňa

6. Svojim podpisom potvrdzujem pravosť uvedených údajov a dávam zároveň súhlas na spracovanie osobných údajov pre účely prípadného epidemiologického šetrenia.

V Nitre, dňa

.....

Podpis návštevy