

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η
δηλώνω υπεύθυνα ότι στα πλαίσια προσφοράς οδοντιατρικών υπηρεσιών
προς το πρόσωπό μου από τον οδοντίατρο.....
στις .../.../... συναινώ στις οδοντιατρικές πράξεις που θα λάβουν χώρα.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα και τα κάτωθι:

1. Δεν έχω κάνει πρόσφατα εξέταση για τον COVID 19 και έχω βρεθεί θετικός.
2. Δεν βρίσκομαι σε καραντίνα εγώ ή μέλος της οικογένειάς μου ή άλλο πρόσωπο σύννοικός μου.
3. Δεν έχω τις τελευταίες τρεις ημέρες συμπτώματα βήχα, πονοκεφάλου ή πυρετού.

Ενημερώθηκα σχετικά για όλα τα μέτρα προστασίας και προφύλαξης από τον COVID-19 και διαπίστωσα πως το οδοντιατρείο τηρεί τα σχετικά μέτρα.

Η ως άνω δήλωση, το περιεχόμενο της και κάθε στοιχείο και δεδομένο που εμπεριέχει αυτή είναι εμπιστευτικά και παρέχεται αποκλειστικά για χρήση οδοντίατρου, τηρουμένων όλων των σχετικών προβλέψεων της νομοθεσίας περί προσωπικών δεδομένων.

Λάρισα,/...../2020

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

(Υπογραφή)