**Čestné prohlášení ambulantního pacienta, zákonného zástupce, doprovodu pacienta anebo opatrovníka1**

**Jméno a příjmení pacienta: .………………………………………………………….**

**Datum narození: …………………………………………………………..**

**Jméno a příjmení doprovodu,**

**zákonného zástupce, opatrovníka: …………….……………………………………………**

**Kontakt (bydliště, tel. číslo): .……..………………………………………………….**

V rámci předcházení rizikům z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a ve spojitosti s opatřeními Ministerstva zdravotnictví ČR Vás žádáme o vyplnění následujícího prohlášení.

**Prohlašuji, že:**

* Mi není známo, že bych měl/a, pacient měl1 onemocnění COVID – 19.
* Mi není známo, že bych v posledních 14 dnech přišel/a, pacient přišel1 do kontaktu s osobou s onemocněním COVID – 19.
* Mi, pacientovi1 není nařízena karanténa v souvislosti s tímto onemocněním.
* Netrpím, pacient netrpí1 zhoršením zdravotního stavu ve smyslu kašle, zvýšené teploty (nad 37℃), dechových obtíží, pocitu celkové slabosti či bolestí svalů a kloubů, ztrátou čichu nebo chuti ani zažívacími potížemi.
* Jsem nepobýval/a, pacient nepobýval1 v zahraničí, pokud ano, uveďte kde ………………………………….

**Jakoukoli změnu, k výše uvedeným bodům, mám povinnost hlásit ihned personálu stacionáře** (platí pro pacienty denních stacionářů).

Je mi známo, že zamlčením výše uvedených skutečností mohu vážně ohrozit zdraví či život pacientů a zaměstnanců Psychiatrické nemocnice v Opavě.

Osobní údaje jsou chráněny zpracovatelem v souladu s ustanovením zák. č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Jsem si vědom/a právních následků nepravdivého čestného prohlášení, případně i právních následků šíření nakažlivé choroby.

V Opavě dne: …………… čas: …………..

Podpis: ………………………….

Poučení: Za pacienta omezeného ve svéprávnosti tak, že nemůže rozhodovat o své zdravotní péči prohlašuje opatrovník. Za nezletilého pacienta prohlašuje zákonný zástupce. Za pacienta stacionáře, jehož zdravotní stav nedovoluje, aby prohlášení podepsal, prohlašuje jeho doprovod.