



## ÚDAJE O PACIENTOVI, KTERÉHO JDETE NAVŠTÍVIT

Oddělení: A2 B0 B1 D1 D2 NIP NIP2/DIOP

.....  
jméno a příjmení pacienta

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ NÁVŠTĚVNÍKA

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Trvalé bydliště: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

**PROHLAŠUJI, JAKOŽTO OSOBA NAVŠTĚVUJÍCÍ PACIENTA, V SOUVISLOSTI S PROKÁZÁNÍM  
VÝSKYTU KORONAVIRU SARS-COV-2 ZPŮSOBUJÍCÍHO ONEMOCNĚNÍ COVID-19**

**V ČESKÉ REPUBLICE, ŽE:**

- není mi známo, že bych měl/a aktivní onemocnění COVID-19 či jiné přenosné onemocnění,
- není mi známo, že bych přišel/a do kontaktu s osobou, která výše uvedeným onemocněním trpí,
- nebyla mi z toho důvodu nařízena karanténa,
- netrpěl jsem v posledních třech týdnech a netrpím těmito příznaky: teplota  $\geq 37,3^{\circ}\text{C}$ , suchý kašel, dušnost, zažívací obtíže, ztráta chuti a čichu – pokud není možné tyto příznaky vysvětlit jinak



- během minulých dvou týdnů jsem nepobýval/a v zemích, v nichž je riziko nákazy COVID-19

**PRAVDIVOST TOHOTO ČESTNÉHO PROHLÁŠENÍ A JEHO PODPIS OSOBOU NAVŠTĚVUJÍCÍ PACIENTA JE PODMÍNKOU NÁVŠTĚVY PACIENTA.**

Dále:

- souhlasím se změřením teploty s tím, že beru na vědomí, že pokud mi bude naměřena teplota nad 37,00°C, nebude mi návštěva pacienta umožněna
- jsem povinen/povinna si při vstupu a při odchodu dezinfikovat ruce,
- jsem povinen/povinna dodržovat odstup minimálně 2 metrů mezi různými osobami s výjimkou rodinných příslušníků
- doporučená doba návštěvy činí max. 30 minut,
- beru na vědomí, že návštěva pacienta může probíhat v režimu maximálně dvou osob u jednoho pacienta
- beru na vědomí, že toto čestné prohlášení je součástí zdravotní dokumentace pacienta,
- souhlasím s uchováním tohoto čestného prohlášení jako součástí zdravotní dokumentace pacienta ve smyslu Vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci,
- souhlasím se zpracováním a uchováním svých osobních údajů ve smyslu NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, tento souhlas jsem oprávněn/a kdykoliv písemně odvolat, osobní údaje budou vymazány po uplynutí archivační doby zdravotnické dokumentace,
- beru na vědomí, že odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů je možné realizovat písemně nebo prostřednictvím datové schránky

**SVÝM POPISEM STVRZUJI PRAVDIVOST TOHOTO ČESTNÉHO PROHLÁŠENÍ.**

.....

datum

.....

podpis návštěvníka