

Podaci o pacijentu:

..... (ime i prezime)

..... (prebivalište i adresa stanovanja)

..... (kontakt telefon)

Zdravstvenom subjektu¹

.....
(naziv zdravstvenog subjekta)

.....
(poštanski broj, sjedište rada)

.....
(poslovna adresa – ulica i kućni broj)

IZJAVA

pacijenta zdravstvenom subjektu, glede svog zdravstvenog stanja, koje nije kontraindicirano liječenju kod zdravstvenog subjekta, prema indikacijama koje su propisane mjerama zaštite pučanstva od širenja/prijenosa virusa COVID 19

1. Da bih mogao/la ostvariti zdravstvenu zaštitu kod zdravstvenog subjekta, pod materijalnom i kaznenom odgovornošću, u smislu članka 180. Kaznenog zakona², NN, 125/11., izjavljujem da:
 - nemam simptome koji upućuju na respiratornu bolest (kašljanje, šmrcanje, glavobolja i sl.)
 - nemam povišenu temperaturu – 37,2 °C ili više,
 - nisam bio/la u samoizolaciji u proteklih 14 dana,
 - nisam boravio/la izvan granica RH u posljednjih 14 dana, uz iznimke iz točke 4.
2. Pristupom u prostorije zdravstvenog subjekta, ovom Izjavom također potvrđujem da smo prethodno uspostavili telefonski/e-mail kontakt te dogovorili liječenje, u točno određeno vrijeme, na način prema propisanom protokolu od strane MZ – Kriznog stožera/Nacionalnog stožera CZ – unificiranom obrascu - prezentiranoj obavijesti zdravstvenog subjekta, kao npr. o zabrani okupljanja u prostorijama zdravstvenog subjekta, sve sa svrhom održavanja socijalnog/fizičkog kontakta između fizičkih osoba, te drugih mjera, kako je navedeno u točki 5. ove Izjave.
3. Pristupom u prostorije zdravstvenog subjekta, kako je navedeno u prethodnom stavku, obvezujem se da ću koristiti zaštitna sredstva, kao što su zaštitna maska i rukavice i drugih mjera (točka 5.), sve radi zaštite sebe ali i zdravstvenih radnika koji sudjeluju u pružanju indiciranih usluga mog liječenja.
4. Također izjavljujem, da ne spadam među građane sa prebivalištem u RH, a koji su/još uvijek borave u inozemstvu s osnova rada i koji bi mogli koristiti mjeru 72-satnog napuštanja zemlje boravišta/rada, sa svrhom posjete mjestu svog prebivališta i nakon toga povratka u mjesto boravišta/rada, koji bi u slučaju iskazivanje namjere ostvarenja zdravstvene zaštite kod bilo kojeg zdravstvenog subjekta, morali, uz uvjet, da pored propisanih mjera/uvjeta, prema ovoj Izjavi, zdravstvenom subjektu prezentirati i dokaz negativnog nalaza na zarazu od virusa COVID 19, ne starijeg od 24 sata, računajući na vrijeme prelaska granice RH.
5. Svojim potpisom potvrđujem da sam u cijelosti upoznat/a s Uputama za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID 19, propisane za građanstvo - općenito za sve – a posebno za korištenje zdravstvene zaštite u zdravstvenim subjektima (socijalna/fizička distanca, nošenje zaštitne maske, dezinfekcija pri ulazu u prostorije, davanje epidemiološke anamneze radniku koji provodi trijažu, u smislu, kako je navedeno u točki 1. ove Izjave i...drugih dodatnih/posebnih mjera prema naputku/uputi ovlaštene osobe zdravstvenog subjekta u kojem pacijent ostvaruje zdravstvenu zaštitu).

U,,2020.god.

.....
(pacijent)

¹ Zdravstveni subjekt za pacijenta znači zdravstvena ustanova ili trgovačko društvo za zdravstvenu djelatnost u koju pristupa korisnik zdravstvene zaštite radi ostvarenja liječenja ili zdravstveni radnik privatne prakse koji obavlja djelatnost u ordinaciji ili drugi zdravstveni radnik privatne prakse koji obavlja djelatnost u laboratoriju i/ili...

² Citirani članak 180. KZ-a propisuje kazneno djelo odgovornosti za širenje i prenošenje zarazne bolesti