

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Pentru a vă putea oferi îngrijirile de care aveți nevoie în contextul circulației actuale a germeilor, vă rugăm să ne completați prezenta declarație, cele declarate fiind asumate prin semnătură.

Subsemnatul/Subsemnata _____, data nașterii _____, cu domiciliul în _____, în calitate de **pacient/ă** al/a TEO HEALTH S.A. Brașov (denumită în continuare "Spitalul Sf. Constantin" sau "Spitalul").

Având în vedere:

(a) Dispozițiile art. 326 din Codul penal privind **falsul în declarații**, conform cărora declararea necorespunzătoare a adevărului se pedepsește cu închisoare sau cu amendă;

(b) Dispozițiile art 352 din Codul penal, conform cărora **nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase** se pedepsește cu închisoare sau cu amendă.

Am fost plecat(ă) în afara zonei de reședință în ultimele 30 zile

DA

NU

Dacă da:

Țara _____ Localitatea _____

Sejurul a durat _____

Am călătorit cu (mașina personală, autocar, avion, tren, altele)

Data exactă în care am revenit la domiciliu _____

Cineva din familia mea sau din persoanele apropiate (prieteni, rude, vecini) CU CARE AM FOST ÎN CONTACT APROPIAT MAI MULT DE 15 MINUTE, a fost în afara zonei de reședință în ultimele 30 de zile

DA

NU

Dacă da:

Țara _____ Localitatea _____

Sejurul persoanei cu care am avut contact a durat _____

Persoana cu care am avut contact a călătorit cu (mașina personală, autocar, avion, tren, altele)

Data exactă în care a revenit la domiciliu persoana cu care am avut contact

Am fost, până la acest moment, diagnosticat(ă) cu boala COVID-19 **DA** **NU**

Am fost, până la acest moment, supus/ă testării pentru detectarea virusului SARS-CoV-2 și mă aflu în așteptarea rezultatelor acestui test **DA** **NU**

Au fost luate până la acest moment și cu privire la persoana mea, măsura izolării la domiciliu sau măsura carantinei. **DA** **NU**

Am interacționat cu persoane despre care am cunoștință că au fost diagnosticate cu boala COVID-19. **DA** **NU**

Am interacționat cu persoane cu privire la care știu că s-a luat măsura izolării la domiciliu sau a carantinei. **DA** **NU**

Am respectat măsurile de limitare a interacțiunii sociale și autoizolare recomandate de către autorități. **DA** **NU**

Am respectat indicațiile personalului TEO HEALTH S.A. de a nu părăsi locuința cu minim 5 zile înainte de data la care mă prezint la sediul Spitalului Sf. Constantin, respectiv 5 zile anterior semnării prezentei declarații. **DA** **NU**

Mă angajez să informez de îndată Spitalul Sf. Constantin, prin orice mijloc care asigură dovada comunicării (inclusiv telefon 0268300300 sau e-mail secretariat@spitalulsfconstantin.ro, contact@spitalulsfconstantin.ro), în situația în care aflu despre schimbarea oricăreia dintre circumstanțele declarate anterior, ori în situația în care una dintre aceste circumstanțe se ivește după părăsirea de către mine a spitalului.

Înțeleg că declararea necorespunzătoare a adevărului cu privire la oricare dintre aspectele consemnate în această Declarație: (i) îmi poate atrage răspunderea penală, (ii) poate cauza transmiteri ale virusului SARS-CoV-2 și/sau diagnosticări cu boala COVID-19 în cadrul Spitalului Sf. Constantin, ori în rândul pacienților, aparținătorilor, angajaților ori colaboratorilor acestuia.

Astfel, îmi exprim acordul să fiu ținut(ă) răspunzător/răspunzătoare pentru orice pagubă materială, morală sau de altă natură cauzată de conduita mea, angajarea răspunderii mele putând fi solicitată de către Spitalul Sf. Constantin, în nume propriu și/sau pentru pacienții, aparținătorii, angajații ori colaboratorii acestuia, în cazul în care va fi dovedită o relație cauzală directă, indirectă, totală sau parțială între conduita mea contrară celor declarate și transmiterea virusului SARS-CoV-2, ori a bolii COVID-19 cu ocazia internării, operării ori consultării mele în cadrul Spitalului Sf. Constantin.

Îmi exprim în mod expres și neechivoc acordul ca Societatea TEO HEALTH S.A. (Spitalul Sf. Constantin), să prelucreze datele mele cu caracter personal, inclusiv datele cu caracter special (ex. date despre starea mea de sănătate, etc.), să le arhiveze conform procedurilor interne și să le transmită în baza unor obligații legale, de reglementare și profesionale, acelor persoane față de care există o obligație legală în acest sens – autorități, instituții ale statului, sau entități care exercită o autoritate publică (instanțe, autorități publice, organe de urmărire penală, în limitele prevederilor legale și / sau ca urmare a unor cereri primite în acest sens), pentru executarea obligațiilor contractuale, în virtutea obligațiilor legale sau protejării unui scop legitim, către alte entități precum: societăți cu activități în domeniul medical, cabinete medicale, departamente interne, conducerea societății, societăți de asigurare, etc.

Semnătura: _____

Data _____