 Spitalul Sf. CONSTANTIN <small>EXCELENȚA ÎN SĂNĂTATE</small>	FORMULAR	Editia/Revizia	1/1
		Cod	PO2-50-F-04
		Data	23.02.21
TEO HEALTH S.A.	CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU VIRUSUL SARS – CoV – 2 (COVID 19) - DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE		

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.

Nr. crt.	Întrebare	Răspuns	
		DA	NU
1	Ați intrat în ultimele 14 zile în contact cu persoane diagnosticate cu virusul SARS – CoV – 2 (COVID 19)?		
2	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției cu virusul SARS – CoV – 2 (COVID 19)?		
3	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare / carantină impusă de autorități?		
4	V-a fost impusă în ultimele 14 zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorități?		
5	Ați avut în ultimele 14 zile unul din următoarele simptome?		
	- febră		
	- tuse		
	- dificultăți în respirație/respirație greoaie		
	- frisoane		
	- dureri musculare		
	- dureri de cap		
	- dureri în gât		
	- greață, diaree, vărsături, neasociate cu alimentația		
	- pierdere de gust		
	- pierdere de miros		

În cazul în care răspunsul este DA la cel puțin una dintre întrebările de mai sus, vă rugăm să anunțați îndată personalul Spitalului Sf. Constantin.

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.

	FORMULAR	Editia/Revizia	1/1
		Cod	PO2-50-F-04
		Data	23.02.21
TEO HEALTH S.A.	CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU VIRUSUL SARS – CoV – 2 (COVID 19) - DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE		

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.

Semnătură pacient: _____ **Data** _____

Completat și semnat în prezența angajatului Spitalului: _____