

Oświadczenie rodzica/ opiekuna prawnego dziecka korzystającego z pomocy psychologicznej w Ośrodku Terapii Poznawczo-Behawioralnej Mensana

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że :

1. Zapoznałam się/ zapoznałem się z procedurami sanitarnymi obowiązującymi w OTPB Mensana wprowadzonymi w związku z aktualną sytuacją epidemiczną i zobowiązuję się ich przestrzegać (dostępne na stronie internetowej Ośrodka i u pracownika sekretariatu).
2. Dziecko zostało (adekwatnie do wieku) poinformowane o zasadach obowiązujących zarówno w przestrzeni ogólnej Ośrodka, jak i w gabinecie terapeuty.
3. Zarówno ja, jak i moje dziecko w momencie przyścia do Ośrodka jesteśmy zdrowi - nie mamy objawów chorobowych – gorączki, kaszlu, kataru oraz nie wystąpiły u nas inne objawy chorobowe w ciągu ostatnich 24 godzin.
4. Zarówno ja, jak i domownicy, z którymi przebywa na co dzień dziecko nie pozostają w kwarantannie, a także nie mieliśmy w ciągu ostatnich dwóch tygodni kontaktu bezpośredniego z osobami chorymi bądź w kwarantannie.
5. Zostałam poinformowana/zostałem poinformowany, że dziecko należy przyprowadzać oraz odbierać o ustalonej godzinie, bez rodzeństwa i osób towarzyszących.
6. Zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od pracowników Ośrodka w czasie trwania wizyty dziecka.
7. Zostałam poinformowana/zostałem poinformowany, że dziecko nie przynosi na wizytę żadnych swoich zabawek i innych przedmiotów a zabawki i sprzęty w gabinecie terapeuty zostają poddane procedurze sanitarnej opisanej w Procedurze wewnętrznej bezpieczeństwa Ośrodka.
8. Ponoszę pełną odpowiedzialność za decyzję o przyprowadzeniu dziecka do Ośrodka , rozważyłem wszystkie inne dostępne formy kontaktu z terapeutą.
9. Jestem świadomy, że niezależnie od przygotowania i funkcjonowania na terenie Ośrodka procedur zgodnych z wytycznymi GIS, występuje ryzyko zakażenia wirusem COVID-19 i w związku z tym przebywanie w obiekcie Ośrodka wynika z mojej swobodnej decyzji.
10. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu danych osobowych w sytuacji wykrycia przypadku zakażenia COVID-19 na terenie placówki.
11. Zobowiązuję się do przekazania informacji o każdorazowej zmianie w zakresie powyższych oświadczeń pracownikowi administracji Ośrodka

Imię i nazwisko dziecka :.....

Imię i nazwisko opiekuna.....

Numer kontaktowy w trakcie wizyty oraz poza nią.....

Data.....

Podpis opiekuna.....

