

## **Prohlášení účastníka Letního rehabilitačního pobytu v RS Kopánky v termínu 21. – 31. 7. 2021**

Prohlašuji, že účastník Letního rehabilitačního pobytu (LRP)

jméno a příjmení.....

narozený ..... bytem .....

- a) nemá ošetřujícím lékařem nařízenou změnu režimu;
- b) nejeví známky akutního onemocnění (např. horečka nebo průjem), vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce COVID-19, tj. zvýšená teplota, horečka, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, ztráta chuti a čichu atd.;
- c) ve 14 dnech před odjezdem nepřišel do styku s osobou nemocnou covid-19 nebo jiným infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani mu není nařízeno karanténní opatření;
- d) ve 14 dnech před odjezdem nepobýval v zahraničí, v případě, že ano, uveďte kde.

Zároveň dokládám potvrzení účastníka o (nehodící se škrtněte):

- a) očkování (platné od 22. dne po podání první dávky resp. od 14. dne u vakcíny Johnson&Johnson);
- b) negativním PCR testu, který proběhl maximálně před 7 dny;
- c) negativním antigenním testu, který proběhl maximálně před 72 hodinami;
- d) onemocnění Covid-19 (180 dnů od potvrzené positivity).

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly při uvedení nepravdivých údajů.

Jsem si vědom povinnosti hlášení hlavní vedoucí LRP (Ing. Jitka Soldánová, mobil 605 725 472) a zároveň na Krajskou hygienickou stanici Zlínského kraje se sídlem ve Zlíně, pracoviště Zlín pokud se u účastníka do 14 dnů po návratu z LRP vyskytne infekční onemocnění.

Beru na vědomí, že v případě podezření na výskyt infekce COVID-19 u účastníka, bude kontaktován zástupce uvedený v přihlášce na LRP a účastník bude bezodkladně navrácen do rodiny.

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti byl účastník z rozhodnutí zdravotníka LRP a hlavní vedoucí LRP ošetřen u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se uhradit při ukončení LRP na základě předložených dokladů výdaje za lékařské ošetření a předepsané léky.

Beru na vědomí, že poskytnuté údaje budou zpracovány v průběhu pobytu v rámci zdravotnické dokumentace účastníka LRP a uloženy jako součást Posudku o zdravotní způsobilosti účastníka LRP.

V ..... dne

.....  
jméno a podpis účastníka nebo opatrovníka