В связи с угрозой распространения в Московской области и г.Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), в условиях пандемии COVID-19 и в целях предупреждения распространения инфекции:

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь законным представителем моего ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения ребенка полностью)

подтверждаю, что я и мой ребенок не имеем:

* повышенной температуры тела
* не посещали в последние 14 дней страны и регионы (г. Ухань, Китайская Народная Республика, Иран, Европейские страны, США и др) неблагополучные по 2019 - nCoV инфекции
* не имели контактов с лицами, у которых лабораторно подтвержден 2019- nCoV (в последние 14 дней)
* не имели контактов с лицами, находящимися на карантинной изоляции по 2019- nCoV (в последние 14 дней)

Мне разъяснены временные ограничительные меры.

Соглашаюсь (отказываюсь) с временными ограничительными мерами, введенными в стационаре (круглосуточном, дневном)

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(или законного представителя) (расшифровка)

Должность врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(расшифровка)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_