

بسمه تعالی

تعهدنامه

اینجانب: بیمار/ولی بیمار(نام و نام خانوادگی): دارای کد ملی.....

تاریخ تولد:..... آدرس:.....

تلفن ثابت:..... تلفن همراه:.....

که به صورت سرپایی در پایگاه/مرکز خدمات جامع سلامت:/بستری در بیمارستان:.....

شهرستان:.....مورد آزمایش از نظر ابتلا به بیماری کووید-۱۹ قرار گرفته ام و نتیجه آزمایش اینجانب مثبت اعلام شده است متعهد می گردم به منظور حفظ سلامت عمومی جامعه و پیشگیری از انتقال بیماری به سایر افراد به مدت:.....روز، از تاریخ:.....لغایت:.....با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان.....اصول قرنطینه و جداسازی را رعایت نموده و به توصیه های بهداشتی عمل نمایم.

○ اینجانب تعهد خود را جهت گذراندن دوره قرنطینه بیماری بمدت.....روز در محل نگاهتگاهتعیین شده از سوی مرکز بهداشت شهرستان.....اعلام می دارم.

○ با توجه به بازدید و تایید کارشناس مرکز بهداشت شهرستان، اینجانب تعهد می نمایم دوره قرنطینه بیماری خود را بمدت.....روز در منزل شخصی خود به آدرس.....با رعایت کلیه دستورات بهداشتی خواهم گذرانم.

اینجانب هرگونه عواقب ناشی از عدم رعایت دستورات بهداشتی را پذیرفته و چنانچه دستورات قرنطینه بیماری را انجام ندهم، در مورد اعمال برخورد های قانونی اعتراضی نخواهم داشت.

نام خانوادگی امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول پایگاه سلامت/مرکز خدمات جامع سلامت/بیمارستان.....

مهر و امضاء

اینجانب خانم/آقای.....کارشناس بهداشت محیط /مبارزه با بیماریها مرکز بهداشت شهرستان.....

از منزل بیمار خانم/آقای.....به آدرس.....شماره پلاک.....

تلفن ثابت:.....تلفن همراه:.....بازدید نموده، مکان فوق شرایط رعایت اصول قرنطینه،

توصیه ها و دستورات بهداشتی را دارا می باشد. نمی باشد.

مهر و امضاء