

**Zasady uczęszczania na konsultacje, sesje terapeutyczne oraz zajęcia grupowe
do Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku w okresie epidemii**

1. Do Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku może wejść tylko i wyłącznie osoba bez objawów chorobowych sugerujących infekcję dróg oddechowych, z temperaturą ciała poniżej 37,5°C, nie przebywające na kwarantannie lub w izolacji domowej oraz gdy jej domownicy nie przebywają na kwarantannie lub w izolacji w warunkach domowych.
2. Jeżeli w domu przebywa osoba na kwarantannie lub w izolacji to żaden jego domownik nie przychodzi do Centrum. Fakt ten należy zgłosić pracownikowi recepcji Centrum telefonicznie: 85/652-54-94
3. **Uczestnicy zajęć/konsultacji/sesji**
 - **przychodzą do Centrum nie wcześniej niż na 10 minut przed rozpoczęciem zajęć/konsultacji/sesji**
 - **swoje wierzchnie okrycia zabierają ze sobą do sali/gabinetu odkładając w wyznaczone przez pracownika Centrum miejsce**
 - **oczekują na terapeutę w przestrzeni poczekalni zachowując odstęp 1,5 metra od innych osób**
 - **mają zasłonięte usta i nos**
 - **dezynfekują dłonie wchodząc do każdej przestrzeni zamkniętej Centrum**
 - **po zakończonych zajęciach/sesji wychodzą z Centrum wyjściem głównym budynku – bez konieczności ponownego wchodzenia do przestrzeni poczekalni.**
4. Pacjent – dziecko może być przyprowadzane do Centrum i odbierane tylko przez 1 rodzica lub upoważnioną osobę bez objawów chorobowych sugerujących infekcję dróg oddechowych.
5. Rodzice pacjentów nastoletnich – o ile wyrazi na to zgodę terapeuty na czas sesji lub zajęć dziecka mogą przebywać poza siedzibą Centrum. W wyjątkowych sytuacjach, które wymagają ich obecności rodzic/opiekun oczekuje na dziecko w poczekalni Centrum, stosując zasady bezpieczeństwa epidemiologicznego:
 - dystansu społecznego w odniesieniu do pracowników Centrum oraz innych osób min. 1,5 m;
 - obowiązkowe stosowanie środków ochronnych: osłona ust i nosa, dezynfekcja rąk
 - oczekiwanie w jednym miejscu bez zbędnego przemieszczania się w przestrzeni poczekalni
 - nie rozmawianie przez telefon w przestrzeni poczekalni
 - trzymanie przy sobie swoich rzeczy oraz nakryć wierzchnich.
6. Z powodu podobieństwa objawów COVID-19 i alergii (np. katar, kaszel) oraz niemożności stwierdzenia z pewnością, iż opisane wyżej objawy nie są skutkiem zakażenia wirusem, w czasie trwania epidemii będą brane pod uwagę zaświadczenia dotyczące występującej u dziecka alergii wystawione tylko przez lekarza pediatrę/rodzinnego lub specjalistę.
7. W czasie samodzielnego pobytu dziecka w Centrum rodzice są zobowiązani do odbierania telefonów z Centrum lub jak najszybszego kontaktu z Centrum.
8. Rodzic wyraża zgodę na pomiar temperatury ciała dziecka, jeżeli zaistnieje taka konieczność w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.
9. W Centrum prowadzi się rejestr wszystkich osób z zewnątrz wchodzących do budynku. W razie zaistnienia sytuacji podejrzenia zakażenia na terenie Centrum rejestr jest udostępniany właściwym służbom sanitarnym zgodnie z przepisami prawa.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Zasadami uczęszczania do Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku w okresie epidemii i zobowiązuje się do ich przestrzegania, udzielania niezbędnych informacji w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego Centrum Pomocy Dzieciom zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), również na odpowiedzialność karną.

.....
data

.....
czytelny podpis korzystającego/ czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałem/am poinformowana/y, że wyrażając zgodę na wizytę w Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku pomimo zastosowania środków ochrony może dojść do zakażenia SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Rozumiem i w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia się lub /i moich dzieci oraz ryzyko powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby. Świadomie decyduję się na skorzystanie z tego rodzaju pomocy bezpośredniej.

.....
data

.....
czytelny podpis korzystającego/ czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

