

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - معاونت بهداشت

فرم تعهدنامه

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

متولد(تاریخ تولد/محل تولد):..... آدرس محل سکونت/اقامت:.....

تلفن ثابت منزل: تلفن همراه(۱): تلفن همراه(۲): تلفن محل کار:

که به صورت سرپایی در پایگاه/مرکز خدمات جامع سلامت: /بستری بیمارستان:.....شهرستان:.....مورد
آزمایش از نظر ابتلا به کووید-۱۹ (بیماری کرونا) 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 حداقل ۱۴ روز از تاریخ: لغایت با
همانگی مرکز بهداشت شهرستان:.....اصول قرنطینه و جداسازی آموزش داده شده را رعایت نموده و به توصیه های بهداشتی عمل
نمایم.

- اینجانب تعهد خود را جهت گذراندن دوره قرنطینه بیماری بمدتروز در محل نگاهگاهتعیین 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 خانگی بیماری خود را بمدتروز
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 ندم در مورد اعمال
برخورد های قانونی اعتراضی نخواهم داشت.

نام خانوادگی نام امضاء

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

مهر و امضاء

اینجانب خانم/آقایکارشناس بهداشت محیط/مبارزه با بیماریها/مراقب سلامت 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