

SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES
STR. CUZA VODA, NR. 6-8 JUDET ARGES
TEL/FAX: 0248722150/0248722473
NR...../.....

Acordul Medicului: Sef de Sectie/ Curant/ Garda

se acorda

nu se acorda

CERERE DE VIZITA

Subsemnatul(a)....., domiciliat(a) in
....., nr. de
telefon.....adresa de email....., in
calitate de al
pacientului(ei)....., prin intermediul prezentei va
solicita permisiunea de a vizita pacientul mai sus mentionat, internat pe
Sectia.....

- Am luat la cunostinta conditiile de vizitare si ma angajez sa le respect:

- O singura persoana poate intra la pacient o singura data;
- Timpul alocat vizitei este de maximum 15 minute;
- Sa port echipamentul de protectie complet si corect;
- Sa nu duc/sa nu las nici un obiect personal pacientului pe care il vizitez;

- Declar pe proprie raspundere ca nu prezint simptome sugestive de boli infecto-contagioase si

- imi asum orice risc de imbolnavire, in conditiile epidemiologice actuale.

Semnatura solicitant:.....

Data.....

Se completeaza de personalul medical:

Vizita programata la data de, ora.....

Sectia:.....