

SPITALUL MUNICIPAL MEDIAȘ	Vizitarea pacienților care prezintă simptome severe de boală	Cod:Pr-MC-001-F1
		Revizia: 0
		Page 1 of 1

CERERE
vizitare pacient cf. O.M.S. 487 / 2021

Către
Spitalul Municipal Mediaș
Secție / Compartiment _____

Subsemnatul(a) _____ domiciliat în _____,
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, legitimat cu
BI/CI seria _____ nr. _____, telefon contact _____, e-mail
_____, în calitate de _____¹⁾ al
pacientului _____ spitalizat din data de _____, prin prezenta rog
să-mi aprobați accesul la patul pacientului în condițiile stipulate la pct. K din Ordinul
Ministerului Sănătății nr. 487 din 9 Aprilie 2021.

**Alăturat prezentei depun consimțământul privind asumarea riscului epidemiologic
(Pr-MC-001-F2) și formularul de triaj epidemiologic (Pr-MC-001-F3)**

Data

Semnătura

Vizita poate fi efectuată la data de _____ în intervalul orar _____

Vizat
Medic curant

Aprobat
Director Medical
dr. Jan Mircea Truța