

SPITALUL MUNICIPAL MEDIAȘ	Vizitarea pacienților care prezintă simptome severe de boală	Cod:Pr-MC-001-F2
		Revizia: 0
		Page 1 of 1

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

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 în secția/compartimentul _____,
declar pe proprie răspundere că mi-au fost aduse la cunoștință următoarele:

1. Există riscul de a mă infecta cu virusul Sars-Cov2 în urma acestei vizite.
2. Voi urma pașii de echipare/dezechipare pentru a minimiza riscul de infecție.
3. O singură persoană poate vizita pacientul, o singură dată.
4. Durata vizitei este de maxim 15 minute.
5. Nu este permis accesul în incinta secției/compartimentului cu obiecte personale
(telefoane mobile, alte efecte personale, etc)

Data

Semnătura
