



ISO 22000:2005 ISO 9001:2015



B-dul. CAROL I, Nr. 117
TEL: 0244/337.351
FAX: 0244/334.124
www.spitalcampina.ro
secretariat@spitalcampina.ro

Anexa 2

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a cu domiciliul în..... legitimat/ă cu seria nr CNP, având calitatea de al pacientului declar pe propria răspundere, că imi asum riscul infecțios care decurge din intrarea în mediul contaminat pentru vizitarea pacientului anterior menționat în cadrul compartimentului ATI zona COVID.

Declar ca am fost informat/ă și instruit/a de către asistent/medic :

..... privind regulile care trebuie respectate pe timpul vizitei, inclusiv modalitatea de echipare / dezechipare a echipamentului de protecție utilizat și sunt de acord cu măsurile stabilite la nivelul spitalului.

Nerespectarea regulilor impuse conduce la încetarea vizitei și părăsirea Spitalului Municipal Campina.

Data

Nume si prenume

Semnătură



ISO 22000:2005 ISO 9001:2015



B-dul. CAROL I, Nr. 117
TEL: 0244/337.351
FAX: 0244/334.124
www.spitalcampina.ro
secretariat@spitalcampina.ro

Anexa 1

CERERE

Subsemnatul/a,
cu domiciliul in, legitimat/ă cu
seria nr, număr telefon, având calitatea de
..... al pacientului
internat în cadrul secției ATI, vă rog a-mi aproba solicitarea de a vizita pacientul.

Motivul vizitei

.....
.....
.....

Data

Nume și prenume

Semnătură

Avizul medicului șef de secție/ medicului de gardă