



Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### CERERE DE VIZITĂ

Subsemnatul(a) ....., domiciliat(ă)  
în.....  
nr. de telefon ..... adresă de email ....., în calitate  
de ..... al  
pacientului(ei) ....., prin intermediul prezentei vă  
solicit permisiunea de a vizita pacientul mai sus menționat, aflat în fază severă de boală/  
terminală internat pe **Secția** ....., diagnosticat(ă) cu Covid-19.

Mentionez ca sunt:

- Vaccinat
- Test antigen COVID-19/RT-PCR

Am luat la cunoștință condițiile de vizitare și anume:

- o singură persoană poate intra la pacient o singură dată;
- timpul alocat vizitei este de maximum 15 minute;

Mă angajez să port echipament de protecție complet asigurat de către unitatea sanitară: mască, combinezon, mănuși, vizieră. La fel am luat la cunoștință riscul de a mă infecta la rândul meu cu virusul Sars-Cov-2 –situație în care declar că renunț la dreptul de acțiune, precum și la toate pretențiile civile, materiale și penale posibile față de Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes.

**Pentru aparținători :**

-Mă angajez, să nu duc /sa nu las nici un obiect personal , pacientului pe care il vizitez.

**Pentru preot :**

- Ma angajez sa folosesc doar obiecte de cult care pot fi dezinfectate înainte și după utilizare .
- Nu voi folosi obiecte care generează flacără deschisă/închisă sau scânteie.

Prin intermediul prezentei îmi exprim acordul ca datele mele cu caracter personal să fie stocate, prelucrate, utilizate și publicate, în condițiile legislației în vigoare.

Semnătura solicitant: .....

Data.....

Se completeaza de personalul medical :

Vizită : data ..... 2021, ora ..... : .....

Secția :.....