



Se completează de medicul curant	Avizul telefonic al medicului curant	<input type="checkbox"/> se acordă	<input type="checkbox"/> nu se acordă
Se completează de conducătorul unității	Aprobare manager/director medical	<input type="checkbox"/> se acordă	<input type="checkbox"/> nu se acordă
CERERE DE VIZITĂ			
Se completează de solicitant	Subsemnatul(a), domiciliat(ă) în, nr. de telefon, adresă de email, în calitate de ¹ al pacientului(ei),		
	prin intermediul prezentei vă solicit permișiunea de a vizita pacientul mai sus menționat, internat pe Secția		
Am luat la cunoștință care sunt condițiile de vizitare:			
<ul style="list-style-type: none"> - Accesul în unitatea sanitară se face doar în baza CERTIFICATULUI DIGITAL EUROPEAN COVID și a actului de identitate; - O singură persoană poate intra la pacient o singură dată; - Timpul alocat vizitei este de maximum 15 minute; - Nu este permis accesul copiilor. 			
Mă angajez să port echipament de protecție complet și să respect toate măsurile sanitare care sunt stabilite la nivelul secției/spitalului.			
Am luat la cunoștință că există riscul de a mă infecta cu virusul Sars-Cov-2 dacă nu respect condițiile stabilite și declar că renunț la dreptul de acțiune, precum și la toate pretențiile civile, materiale și penale posibile față de Institutul Regional de Oncologie Iași și angajații acestuia, în situația în care mă contaminez/îmbolnăvesc ca urmare a vizitei mele.			
Mă angajez în continuare să nu introduc nici un obiect personal în zona de îngrijire a pacienților .			
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 completează de personalul medical	Vizită programată la: data de 202., ora :		
	Secția Oncologie medicală	<input type="checkbox"/>	
	Comp. Pneumologie	<input type="checkbox"/>	
	Radioterapie	<input type="checkbox"/>	
	Îngrijiri Paliative	<input type="checkbox"/>	
	Chirurgie Oncologică I	<input type="checkbox"/>	
	Comp. Gineco-Oncologie	<input type="checkbox"/>	
	Comp. Urologie	<input type="checkbox"/>	
	Comp. ORL	<input type="checkbox"/>	
	Chirurgie Oncologică II	<input type="checkbox"/>	
	Comp. Chirurgie Plastică	<input type="checkbox"/>	
	Comp. Chirurgie Toracică	<input type="checkbox"/>	
	Hematologie	<input type="checkbox"/>	
	Comp. Transplant Medular	<input type="checkbox"/>	
	Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	
	ATI	<input type="checkbox"/>	

¹ Se va menționa gradul de rudenie, sau de legătură cu pacientul.