



Bytom, dn.2021 r.

Imię i nazwisko osoby wnioskującej o odwiedzinę chorego

tel. kontaktowy

Stopień pokrewieństwa

Oddział na którym przebywa pacjent

Imię i nazwisko pacjenta (ewentualnie nr sali)sala nr

Data przyjęcia do Szpitala

Wniosek

Ja niżej podpisana/ny proszę o wyrażenie zgody na odwiedzinę mojego

w okresie oddo.....*

w godz.

Jednocześnie oświadczam, iż znane są mi zasady przyjętego w Szpitalu regulaminu odwiedzin pacjentów w czasie pandemii. Ponadto zobowiązuję się do stosowania obowiązujących w Podmiocie zasad bezpieczeństwa sanitarno – epidemiologicznego.

W dniu odwiedzin zobowiązuję się do wyposażenia w niezbędne środki ochrony indywidualnej tj. maseczka, rękawiczki, obuwiu ochronne, fartuch jednorazowy.

Jednocześnie mam świadomość, iż w poczuciu odpowiedzialności za stan zdrowia osób hospitalizowanych i personelu Szpitala w dniu odwiedzin pacjenta stan mojego zdrowia nie może budzić zastrzeżeń w zakresie wykazywania jakichkolwiek znamion infekcji lub innych stanów chorobowych

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Uwagi : (ewentualne załączniki)

**należy wskazać proponowany przedział czasowy np. od 04.X.2021 do 06. X.2021r. w proponowanych godzinach 16:00-16:30*

Decyzja Kierownika Oddziału

- 1)**wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody (**niepotrzebne skreślić)
- 2) wyrażam zgodę na odwiedzinę w dniuw godzinach

.....
Podpis Kierownika Oddziału / lekarza dyżurnego