

CERERE DE VIZITARE PACIENT INTERNAT CU COVID – 19
LA SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE SIBIU

Subsemnatul,, cu
CNP....., domiciliat in,
Număr de telefon:.....

Va rog sa îmi aprobați vizita la pacientul, cu numele si prenumele:

.....

Care este internat în Secția Covid a Spitalului de Pneumoftiziologie Sibiu, cu simptome
severe de boală.

Semnătura aparținătorului

.....

Data:/...../.....

SE APROBĂ

NU SE APROBĂ

Semnătura și parafa medicului de gardă