Zał. Nr. 2

|  |
| --- |
| **WNIOSEK O ZGODĘ NA ODWIEDZINY PACJENTA W SZPITALU** (w związku z koniecznością stosowania się do obostrzeń epidemiologicznych zapobiegających rozprzestrzenianiu się Covid-19) |

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnienia wniosku  |  |
| Planowana data odwiedzin  |  |
| Oddział Szpitalny  |  |
| Imię i nazwisko Pacjenta  |  |
| Imię i nazwisko odwiedzającegoNr telefonu |  |
| Data rozpatrzenia Wniosku  |  |
| ZGODA – autoryzacja Kierownik Oddziału lub z-ca Kierownika Oddziału |  |
| BRAK ZGODY – autoryzacja uzasadnienie  |  |

**OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE:**

* na terenie Szpitala noszę maseczkę zakrywającą nos i usta
* warunkiem odwiedzin jest wypełnienie ankiety wywiadu epidemiologicznego
* wypełniona ankieta epidemiologiczna jest zgodna ze stanem faktycznym

 …………………………………………………………………………………………..

 data i podpis osoby odwiedzającej