

ACORDUL pacientului cu afecțiuni oncologice  
(Anexa nr. 15 la norme)

Unitatea sanitară .....  
localitatea ....., județul/sectorul .....

ACORDUL pacientului cu afecțiuni oncologice

Subsemnatul/a, ....., CNP..... , domiciliat(ă) în str.  
..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et..... , ap. ...., sectorul .....,  
localitatea ....., județul .....,  
telefon ....., diagnosticat cu .....

menționez că persoana care mă însoțește la tratamentul/intervenția chirurgicală  
..... este:

– numele și prenumele ....., CNP..... ,  
domiciliat(ă) în str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et..... , ap. ....,  
sectorul ....., localitatea ....., județul .....,  
telefon .....

În vederea gestionării numărului de zile de concediu medical pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice, persoana care mă însoțește va transmite o copie a certificatului de concediu medical la casa de asigurări de sănătate la care subsemnatul sunt luat în evidență, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanță.

Data

.....

Semnătura pacientului cu afecțiuni oncologice

.....

Semnătura persoanei care însoțește pacientul cu afecțiuni oncologice

.....