

Unitatea sanitară
localitatea, județul/sectorul

ACORDUL
pacientului cu afecțiuni oncologice

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

.....