(Anexa nr. 15 la norme)
Unitatea sanitară .....
localitatea ....., judeţul/sectorul .....

ACORDUL*)
pacientului cu afecţiuni oncologice

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

menţionez că persoana care mă însoţeşte la tratamentul/intervenţia chirurgicală ..... este:

- numele şi prenumele ....., CNP ....., domiciliat(ă) în str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ....., sectorul ....., localitatea ....., judeţul ....., telefon .....

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

Data .....

Semnătura pacientului cu afecţiuni Oncologice

.....

Semnătura persoanei care însoţeşte pacientul cu afecţiuni oncologice

.....

*) Durată estimată completare formular – 2 - 7 min.
Motivul colectării informaţiei: gestionarea numărului de zile de concediu medical pentru îngrijirea pacientului cu afecţiuni oncologice