



PERMESSO INGRESSO IN REPARTO PER VISITA A PAZIENTE RICOVERATO
--

U.O. _____

Il sig./la sig.ra _____

1. Familiare _____

2. Familiare _____

in possesso di green pass n. _____ / tampone "negativo" eseguito 24-48 ore prima, il _____

è autorizzato all'ingresso in reparto, con dispositivo di protezione delle vie respiratorie, previa igienizzazione mani, per visita dalle ore 18:00-19:00

al paziente _____ ricoverato dal _____

Il tempo di visita sarà stabilito sulla base dei flussi e delle esigenze del reparto.

Si raccomanda di limitare quanto più breve possibile la durata della permanenza in Ospedale

Le deroghe per situazioni particolari saranno decise dal Responsabile del Reparto, con autorizzazione aggiuntiva.

ore _____

Data _____

timbro

Il Coordinatore Infermieristico

Il Direttore U.O./Delegato
