



Anexa

## SERVICIUL DE AMBULANTA JUDETEAN BACAU

Str.9 MAI nr.92 , mun.BACAU , jud.BACAU , 600026

Tel: 0234542820

Fax: 0234542820

Email: office@ambulantabacau.com

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APROB

DR. \_\_\_\_\_

SEMNĂTURA \_\_\_\_\_

### CERERE TRANSPORT MEDICAL/SANITAR LA SOLICITAREA PACIENTULUI/FAMILIEI

Subsemnatul \_\_\_\_\_ in calitate de  pacient /  aparținător al pacientului \_\_\_\_\_ cu diagnosticul \_\_\_\_\_ , internat in Spitalul \_\_\_\_\_ , secția \_\_\_\_\_ , salonul \_\_\_\_\_ , medic curant \_\_\_\_\_ ) solicit transportul medical / sanitar cu ambulanta la :

Spitalul \_\_\_\_\_ sectia \_\_\_\_\_ din localitatea \_\_\_\_\_  
(  menționez ca am obținut acordul Spitalului primitor in persoana Dr. \_\_\_\_\_ )

Domiciliu: Str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ , sc. \_\_\_\_\_ , ap. \_\_\_\_\_  
localitatea \_\_\_\_\_ , jud. \_\_\_\_\_

in data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in ciuda recomandărilor medicale si îmi asum întreaga răspundere ce decurge din efectuarea acestui transport.

Înțeleg pe deplin ca personalul medical aparținând SAJ Bacău va întreprinde toate manevrele conform competentelor stabilite de legislația in vigoare si echipamentul disponibil, manevre ce au rolul de a menține funcțiile vitale privind respirația si activitatea inimii la parametri concordanți cu starea in care se afla pacienta/-ul la momentul preluării din spital.

Mi-au fost explicate riscurile asociate efectuării acestui transport medical / sanitar , si intelegandu-le, solicit efectuarea lui in orice condiții împotriva recomandărilor medicale.

Având in vedere cele explicate de personalul Serviciului de Ambulanta Județean Bacău mai sus, înțeleg si consimt ca in cazul in care starea pacientei / -ului se agravează sau pacienta/-ul decedează sa nu am nici o pretenție materiala, civila sau penala de la întreg personalul medical si medical auxiliar ce a participat la efectuarea acestui transport medical/sanitar sau de la Serviciul de Ambulanta Județean Bacău.

Totodata consimt sa achit suma de \_\_\_\_\_ RON ( in litere \_\_\_\_\_ RON ) reprezentând contravaloarea cheltuielilor ocazionate cu transportul medical/sanitar solicitat.

Telefon contact pacient/aparținător : \_\_\_\_\_

DATA/ORĂ

SEMNATURA /(NUME APARTINATOR: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ / \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_