

SPITALUL
SECȚIA/AMBULATORIUL

Către:¹

În atenția
Comisiei de aprobare a

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul (a) Dr.
În calitate de medic curant, specialist în solicit aprobarea
inițierii tratamentului pentru pacientul

(nume și prenume ,CNP)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

aflat în evidența casei de asigurări de sănătate.....

Pacientul se află în evidența noastră cu diagnosticul

din anul având în prezent următoarea terapie de fond :

.....
.....
.....

Motive medicale

.....
.....

Data

MEDIC CURANT

APROBAT COMISIE

Semnătura și parafa

Semnătura și ștampila

¹ După caz: Casa Națională de Asigurări de Sănătate , casa de asigurări de sănătate, Agenția Națională de Transplant, Centre acreditate pentru activitate de transplant, Unitatea județeană de implementare a programului de diabet zaharat