

CMI _____

Localitatea : _____

R E F E R A T (medici de familie)

Subsemnatul (a) dr. în calitate de
la CMI Localitatea
Numar de telefon..... , solicit transport persoane nedepasabile
cu mijloace convenționale de transport pentru **pacientul**
în vârstă de ani, domiciliat în
CNP:, având calitatea de asigurat al Nr. Registrul
de consultațiicu diagnosticul
pentru data de ora prezentarii la destinație (schimbarea datei presupune
alt referat).

Destinația:

1.Unitatea sanitara.....
secția..... localitatea..... cazul fiind discutat în prealabil
cu dr.

A)Pe timpul transportului bolnavul necesită:

A1-A2 ; care nu necesita supraveghere medicala pe timp transport

B) Motivul transportului:

- investigații;

-control;

-recuperare.

2.Starea pacientului:

.....
.....

Conform Normelor Metodologice de Aplicare a Contractului Cadru cu Casa de Asigurări de Sănătate.

Semnătura medicului solicitant,

Completarea incorecta fie ca exagerare , fie ca subevaluare a starii pacientilor , ore gresit trecute si stationarea nejustificata a ambulantei ,
transfer in loc de externare sunt situatii care lund la cunostinta sub semnatura pot atrage repercursiuni in conditiile legii.

Disperceratul medical din cadrul ISU poate reprograma anumite transporturi in functie de programarile deja facute.

Obligatoriu toate rubricile completate.