

Cabinet medical

Nr. contract cu Casa de Asigurări

Nr. reg. de consultație

Seria

Nr.

APROBAT
MANAGER



BILET DE TRIMITERE

Către LABORATOR ANALIZE MEDICALE

Numele Prenumele

Localitatea Județ

Str. Nr. Bloc / Ap.

C.N.P.

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

Asigurat la:

CAS

CAS-T

OPSNAJ

Eurocard

Acorduri
internaționale

Diagnostic prezumtiv

1. Angor - medic evident or i
2.
3.

Examine de laborator, radiologie, explorări funcționale efectuate:

Ag HbS
Ac HCV
HIV

.....

.....

.....

.....

.....

Din care cu valori patologice:

.....

.....

.....

Programare		
Consultație inițială: data / ora		
Consultație de control*:	1. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> data / ora:	
2. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> data / ora:		

Data

Semnătura și parafa medicului

Răspunsul medicului de specialitate se va face în mod obligatoriu prin scrisoare medicală către medicul ce a făcut trimiterea și va atașa efectuarea serviciilor sau a consultului solicitat și va preciza atitudinea terapeutică de urmat.

*Completează medicul de specialitate dacă este cazul (conform legii).