

CATRE
CASA DE ASIGURARI DE SANATATE BIHOR

Subsemnatul(a)
domiciliat(ă) în str., nr., bl.,
sc., et., ap., localitatea, județul, telefon
....., vă rog să aprobati aprobarea inițierii terapiei cu infuzie
subcutanată (pompă) de insulină/sistem de monitorizare continuă a glicemiei :

- monitorizare glicemică continuă;
 utilizarea pompei de insulină fără sistem de monitorizare glicemică;
 utilizarea pompei de insulină cu sistem de monitorizare glicemică inclus.

pentru :

- subsemnatul(a)
 fiica mea;
 fiul meu

Data

Semnătura pacientului

Părinte/Tutore

Prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.