

Spitalul

Sectia / Ambulatoriul

Către: CASMB COMISIA DE SCLEROZA MULTIPLA

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul (a) Dr.

În calitate de medic curant, primar / specialist neurolog, solicit aprobarea inițierii /
continuării tratamentului pentru pacientul

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