

Număr de înregistrare în unitatea sanitară ..... din data .....

AVIZAT Casa de asigurări de sănătate |  
Medic-șef (data, semnătura, ștampila) |

### RAPORT

medical al pacientului care solicită autorizarea prealabilă  
pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere

1. Medicul ...../(numele și prenumele)....., medic specialist în  
specialitatea ....., secția ....., din Spitalul Clinic/Județean .....

2. Pacientul ...../(numele și prenumele)....., CNP ....., cu  
domiciliul .....

3. Pacientul se află în supravegherea clinicii din data  
de .....

4. A fost internat cu ultima Foaie de observație  
nr. ....

5. A fost diagnosticat cu .....

.....

6. Prezentarea unui scurt istoric al afecțiunilor și al tratamentelor efectuate:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Tipul de asistență medicală recomandat\*):

Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac

Endoprotezare articulară tumorală

Implant segmentar de coloană

Bypass coronarian cu/fără investigații cardiace invazive

Nașterea

În contextul prezentat consider că pacientul poate beneficia de asistență medicală  
transfrontalieră, deoarece:

a) nu poate fi acordată de nicio unitate sanitară cu paturi din România într-un termen care este  
rezonabil din punct de vedere medical, ținând seama de starea de sănătate actuală și de evoluția  
probabilă a bolii asiguratului (se explicitează și se argumentează motivele pentru care serviciul  
solicitat nu se poate realiza într-un interval de timp util):

.....

.....

.....

.....

b) deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătății sale sau primirea de

tratament medical (se explicitează și se argumentează):

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

La prezentul raport medical se atașează următoarele înscrisuri\*\*) medicale care susțin tipul de asistență medicală recomandat:

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

Prezentul raport se întocmește de către un medic dintr-un spital clinic/județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

8. Întocmit de - MEDIC

Nume ..... Semnătură și parafă .....

9. Pentru conformitate - ȘEF SECȚIE

Nume ..... Semnătură și parafă .....

10. Pentru avizare - MANAGER SPITAL

Nume .....

Semnătură și ștampila spitalului

.....

NOTĂ:

Necompletarea tuturor rubricilor invalidează prezentul raport.

OBSERVAȚII (se motivează refuzul avizării de către medicul-șef al casei de asigurări de sănătate):

---

\*) Se bifează tipul de asistență medicală recomandat.

\*\*) Înscrisurile medicale trebuie să fie datate, semnate și ștampilate.