

SPITALUL.....  
SECȚIA/AMBULATORIUL.....

CĂTRE  
COMISIA LOCALĂ PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI CU .....  
.....

**REFERAT DE JUSTIFICARE**

Nr.....din data.....

Subsemnatul(a) Dr.....  
În calitate de medic curant, specialist în.....solicit aprobarea  
inițierii /continuării tratamentului cu .....  
pentru pacientul :

(nume și prenume, 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.....  
.....  
.....

MEDIC CURANT,  
Semnătura și parafa

---

**CONCLUZIILE COMISIEI LOCALE**

Perioada aprobată este de la data .....până la data .....  
Motivele neavizării.....  
.....

Data.....

APROBAT COMISIE