

Cerere imputernicit pentru solicitarea de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu / paleative

Domnule Presedinte Director General

Subsemnata/subsemnatul.....domiciliat
(conform CI) in localitatea.....Strada.....nr...
bl.....sc.....etaj.....apt.....sector...posesor al CI seria.....nr.....cu CNP _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ in calitate de
(/sot/sotie/parinte/fiu/fiica/imputernicit/reprezentant legal al (pacient)
..... cu CNP _ _ _ _ _ va rog sa aprobati
cererea pentru acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu / paleative conform
recomandarii si a documentelor medicale anexate.

Mentionez urmatoarele (obligatoriu de completat) :

Adresa pacientului (conform CI): Localitatea.....Strada....
.....nr.....
bl.....sc.....etaj.....apt.....sector...

Adresa unde se solicita ingrijirile medicale la domiciliu:
Localitatea.....Strada.....nr.....bl.....sc.....etaj.....apt...
....sector....

Telefonul la care sot/sotie/parinte/fiu/fiica/imputernicit/reprezentant legal poate fi
contactat. este:..... **(obligatoriu)**
Telefonul la care pacientul poate fi contactat este..... **(obligatoriu)**
Pacientul este asigurat al CAS Neamț (obligatoriu) DA / NU

Pacientul a beneficiat de servicii medicale de ingrijiri la domiciliu in ultimele 11 luni in
numar de.....zile in perioada de la pana la de la furnizorul de
ingrijiri medicale la
domiciliu.....

Serviciile medicale de care am beneficiat/aflata in curs de desfasurare sunt aprobate prin
decizia nrvalabila pana la data
de.....

Cerere initiala in continuare

Prezentul dosar contine un numar de.....pagini inclusiv prezenta

Data

Nume
Semnatura.....