

Spitalul -----
Sectia/Ambulatorul de Oncologie Medicala -----
Localitatea -----

Catre **Casa Nationala de Asigurari de Sanatate**
In atentia: **Comisiei de Oncologie**

Referitor: Aprobarea terapiei cu -----

INSTIINTARE

Subsemnatul (a) -----, medic oncolog/hematolog, va aduc la
cunostinta faptul ca pacientul (a) -----
CNP: ----- in evidenta CJAS -----

- Nu mai este eligibil (a) pentru aprobarea terapiei cu acest medicament
- Nu mai urmeaza terapia cu acest medicament
- Deces

Nota: -----

Dr. -----

Data: -----

Semnatura si parafa

* oprirea tratamentului trebuie raportata la CNAS pana la sfarsitul lunii in curs de catre
medicul prescriptor (prin fax sau e-mail)