

ANEXA 4 la Normele tehnice

Spitalul
Secția/Ambulatoriul
Către:
.....*)

În atenția

Comisiei de aprobare a

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul (a) dr.
.....,
în calitate de medic curant, specialist în
.....,
solicite aprobarea inițierii tratamentului 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

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

Data

Medic curant,
.....
(semnătura și parafa)

Aprobat comisie,
.....
(semnătura și ștampila)

*) După caz: Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate, Agenția Națională de Transplant, centre acreditate pentru activitate de transplant.
