

Cabinet medical Nr. contract cu Casa de Asigurări
Nr.reg. de consultație

Seria Nr.

BILET DE TRIMITERE

Către

Numele Prenumele

Localitatea Județ

Str. Nr. Bloc Ap

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Asigurat la:

CAS CAS-T OPSNAJ Eurocard Acorduri
internationale

Diagnostic prezumtiv

4.

5.

6.

Examen de laborator, radiologie, explorări funcționale efectuate:

Din care cu valori patologice:

Programare

Consultație inițială: data/ora.....

Consultație de control*: 1

--

 data/ora.....

2

--

 data/ora.....

Data

Semnătura și parafa medicului

Răspunsul medicului de specialitate se va face în mod obligatoriu prin scrisoare medicală către medicul ce a făcut trimiterea și va atașa efectuarea serviciilor sau a consultului solicitat și va preciza atitudinea terapeutică de urmat.

*Completează medicul de specialitate dacă este cazul (conform legii)