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

Seria ..... Nr. .....

BILET DE TRIMITERE

Către .....

Numele ..... Prenumele .....

Localitatea ..... Judeţ .....

Str. ..... Nr ..... Bloc ..... Ap .....

CNP ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Asigurat la:

☐ **CAS** ☐ **CAS-T** ☐ **OPSNAJ** ☐ **Eurocard** ☐ **Acorduri internaţionale**

Diagnostic prezumtiv

4. .....

5. .....

6. .....

Examene de laborator, radiologie, explorări funcţionale efectuate:

.....

.....

.....

.....

.....

Din care cu valori patologice:

.....

.....

.....

Programare
Consultaţie iniţială: data/ora.....

Consultaţie de control*: 1 ☐ data/ora.....
2 ☐ data/ora.....

Data .....

Semnătura şi parafa medicului

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

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

Your personal information (name, address, personal number code, etc.)

Presumptive diagnosis

Laboratory examinations, radiology, functional explorations performed:

Of which with pathological values: