Unitatea Sanitară..... **Anexa nr. 7**
Localitatea.....
Judeţul/Sectorul .....
Nr. contract cu Casa de Asigurări de Sănătate
.....

REFERAT MEDICAL*

Subsemnatul(a) dr. .....medic primar/specialist, cu cod parafă |_|_|_|_|_|_| transmit următoarele date în legătură cu starea de sănătate a d-lui/d-nei .....CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| cu domiciliul în .....,str.....nr.....judeţ/sector..... de profesie.....angajat/angajată (da/nu) la ……

Este în evidenţă de la data de .....

Diagnosticul clinic la data luării în evidenţă:.....

.....

Diagnosticul clinic actual:.....

.....
.....

Examen obiectiv.....

.....

A fost internat/ă în spital**.....

.....

Investigaţii clinice, paraclinice**.....

.....

Tratamente urmate: .....

.....

Plan de recuperare: .....

.....

.....

Prognostic recuperator: .....

Se află în incapacitate temporară de muncă de la data de .....şi a totalizat un număr de .....zile concediu medical, la data de.....

Propun, după caz:

a) Prelungirea concediului medical, considerând că bolnavul(a) este recuperabil(ă), cu .....zile de la.....până la.....

b) Pensionarea de invaliditate temporară, considerând că bolnavul/bolnava nu este recuperabil/recuperabilă în limitele duratei concediului medical prevăzut de lege.

MEDIC PRIMAR/SPECIALIST

Nr. .....Data..... (parafa+ştampila unităţii sanitare)

*) Necompletarea tuturor rubricilor determină invalidarea referatului.

**) Se vor anexa rezultatele, biletele de ieşire din spital.