

Acest document se completează de către medicul examinator doar ca urmare a actului medical propriu.

Raport anamneză

Opțional – se completează numai în absența altor documente justificative care să releve **MOTIVELE PREZENTĂRII, ISTORICUL AFECȚIUNII CURENTE, și DIAGNOSTICUL COMPLET**, pe care vă rugăm să le atașați.

Vă rugăm să scrieți citeț, iar în cazul în care spațiul alocat este insuficient vă rugăm să folosiți o foaie suplimentară (care trebuie semnată, datată și parafată)

Secțiunea I: Detalii Asigurat (se completează de către Asigurat):

Numele pacientului: _____

CNP | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Secțiunea II: Anamneză (se completează de către medicul examinator):

Tip servicii
medicale

- Ambulatorii
 Spitalizare

Data efectuării serviciilor:

Data internare:

Data externare:

**MOTIVELE PREZENTĂRII
LA MEDIC**

**ISTORICUL AFECȚIUNII
CURENTE PE SCURT:**
(data precizării
diagnosticului, evoluție,
complicații, starea actuală)

**DIAGNOSTIC: (altele decât
cele menționate pe prima
pagină)**

Subsemnații, sub sancțiunea aplicabilă faptei de fraudă în asigurări, declarăm că cele completate mai sus sunt complete și corecte.

Semnătura și parafa medicului: _____
Ștampila instituției medicale: _____

Data semnării: _____

Semnătura pacientului: _____

Data semnării: _____