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

Scrisoare medicală standard

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: Informaţii despre medicul curant şi instituţia medicală (se completează de către medicul examinator):

Denumire instituție medicală: _____

Numele medicului examinator: _____

Specialitatea medicului examinator: _____

Telefon: _____

Email: _____

Secțiunea III: Servicii medicale recomandate în urma prezentului consult (se completează de către medicul examinator):

Vă rugăm să completați tabelul de mai jos cu serviciile medicale recomandate în urma consultului (investigaţii clinice și/sau paraclinice) menționând, pentru fiecare serviciu medical, scopul acestei recomandări:

Diagnostic	**Serviciu medical recomandat**	**Pentru fiecare serviciu medical recomandat vă rugăm să bifați o singură coloană**				
		În scop de stabilire şi precizare a diagnosticului	Monitorizare sau tratament boală cronică	Rutină, prevenție sau screening	La solicitarea pacientului	Investigare infertilitate, sterilitate, contracepție sau în vederea unei viitoare sarcini

Secțiunea IV: Raport Anamneză (se completează de către medicul examinator):

Acest raport se completează numai dacă pacientul nu are documente medicale care să prezinte într-o formă completă: **MOTIVELE PREZENTĂRII, ISTORICUL AFECȚIUNII CURENTE şi DIAGNOSTICUL COMPLET**. Aceste documente medicale trebuie atașate la prezenta scrisoare medicală standard/ bilet de trimitere.

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

Semnătura și parafa medicului: _____ **Data semnării:** _____

Ştampila instituţiei medicale:

Semnătura pacientului: _____ **Data semnării:** _____