

Unitatea sanitară
Localitatea
Județul/Sectorul
Nr. contract cu Casa de Asigurări de Sănătate
.....

REFERAT MEDICAL*)

Subsemnatul/Subsemnata dr., medic primar/specialist, cu cod parafa
|_|_|_|_|_|_|_|, transmit următoarele date în legatura cu starea de sănătate a domnului/doamnei
....., CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, cu domiciliul în
....., str. nr. ..., județul/sectorul, de
profesie, angajat/angajata (da/nu) la

Este în evidenta de la data de

Diagnosticul clinic la data luării în evidenta

.....
Diagnosticul clinic actual

.....
Examen obiectiv

.....
A fost internat/internată în spital*)

.....
Investigații clinice, paraclinice**)

.....
Tratamente urmate

.....
Plan de recuperare

.....
Prognostic recuperator

Se afla în incapacitate temporară de munca de la data de și a totalizat un număr
de zile de concediu medical, la data de

Propun, după caz:

a) prelungirea concediului medical, considerând ca bolnavul/bolnava este recuperabil/recuperabila,
cu zile, de la pana la

b) pensionarea de invaliditate temporară, considerând ca bolnavul/bolnava nu este
recuperabil/recuperabila în limitele duratei concediului medical prevăzut de lege.

Medic primar/specialist

.....
(parafa și ștampila unității sanitare)

Nr. data

*) Necompletarea tuturor rubricilor determina invalidarea referatului.

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