

foi 100
Model 17

Unitatea sanitară.....
Localitatea.....Jud.....

Contract CAS.....:20.....luna.....ziua....

BILET DE TRIMITERE

Către,

Numele.....

Prenumele.....

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexul M/F, Vârsta....., cu domiciliul în jud.....

Localitatea.....

Str.....nr.....

DIAGNOSTIC prezumtiv.....

Motivul trimiterii.....

Investigații și tratamente.....

Semnătura și parafa medicului

REZULTATUL TRIMITERII

Serviciul/cabinet/laborator.....

Diagnostic.....

Internat. DA / NU.....

Rezultatul investigațiilor.....

Indicații terapeutice și recomandări.....

Nr. zile concediu medical acordate / recomandate:

Semnătura și parafa medicului,

Data:

20.....Luna.....ziua.....