

Judetul
Localitatea
Unitatea sanitară emitentă.....
Nr./.....

REFERAT MEDICAL*)

Subsemnatul/Subsemnata Dr. medic primar/specialist cu
cod parafă transmit urmatoarele date în legătură cu starea de sănătate a
domnului/doamnei CNP.....

Cu domiciliul în Str. Nr.
Judet/sector de profesie

Angajat/angajată(da/nu) la.....
Este în evidență de la data de

Diagnosticul clinic la data luării în evidență

Diagnosticul actual

Examen obiectiv

A fost internat/internată în spital**)

Investigații clinice, paraclinice**)

Tratamente urmate

Plan de recuperare

Propun după caz evaluarea complexă în vederea încadrării/neîncadrării în grad de
handicap

Medic primar/specialist

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

*)Necompletarea tuturor rubricilor determină invaliditatea referatului

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