ANEXA nr. 14:

# REFERAT MEDICAL

Subsemnatul(a), dr. ....., în calitate de medic curant, specialist în ....., recomand iniţierea terapiei cu:
|_| sistem de monitorizare continuă a glicemiei
|_| pompe de insulină
|_| pompe de insulină cu senzor de monitorizare continuă a glicemiei

pentru bolnavul.....(numeşiprenume)
CNP |_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_|),

Bolnavul îndeplineşte criteriile de eligibilitate pentru acordarea şi montarea dispozitivelor medicale specifice diabetului zaharat, recomandate, prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate:
Motive medicale (criterii de eligibilitate îndeplinite):
.....
.....

Diagnostic .....

Bolnavul se află în evidenţa noastră din anul ....., având în prezent următoarea terapie de fond:
.....
.....

Data .....
Medic curant, (semnătura şi parafa)
Datele de contact ale medicului curant Telefon

Email
Semnătura bolnavului .....