

**SE APROBA,
rog emiteti decizie
PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL**

Data _____

Domnule Presedinte Director General

1.Subsemnata/subsemnatul.....domiciliat (conform CI) in localitatea.....Strada.....nr.....bl.....sc.....etaj.....apt.....posesor al CI seria.....nr.....cu CNP _____

in calitatea de beneficiar va rog sa-mi aprobati cererea pentru acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu / paleative conform recomandarii si a documentelor medicale anexate.

2.Subsemnata/subsemnatul.....domiciliat (conform CI) in localitatea.....strada.....nr.....bl.....sc.....etaj.....apt.....sector.....pose sor al CI seria.....nr.....cu CNP _____ in calitate de

.....(/sot/sotie/parinte/fiu/fiica/imputernicit legal /reprezentant legal al (pacient).....cu CNP _____ va rog sa aprobati cererea pentru acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu conform recomandarii si a documentelor medicale anexate.

Mentionez urmatoarele (obligatoriu de completat) - pentru imputernicit:

Adresa pacientului (conform CI):

Localitatea.....Strada.....nr.....bl.....sc.....etaj.....apt.....

....Adresa unde se solicita ingrijirile medicale la domiciliu:

Localitatea.....Strada.....nr.....bl.....sc.....etaj.....apt....

Telefonul la care sot/sotie/parinte/fiu/fiica/imputernicit legal /reprezentant legal poate fi contactat. este:..... **(obligatoriu)**

Telefonul la care pacientul poate fi contactat este..... **(obligatoriu)**

Anexez la prezenta cerere urmatoarele documente :

- recomandare medicală pentru acordarea de servicii de ingrijiri la domiciliu
- actul care atestă calitatea de asigurat, (adeverință de salariat ,adeverinta de asigurat, cupon pensie dupa caz)
- act de identitate în copie imputernicit
- act de identitate în copie pacient
- bilet de externare din spital

a) Declar pe propria raspundere ca afectiunea de care sufer **nu este** consecinta unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv (- pentru beneficiar)

b) Declar pe propria raspundere ca afectiunea de care sufera pacientul **nu este** consecinta unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv. (pentru imputernicit)

Data
.....

Nume
Semnatura.....

D-nul/d-na _____ a/nu a beneficiat in ultimele 11 luni de _____ zile ingrijiri medicale la domiciliu.

Propunem spre aprobare un numar de _____ zile si serviciile medicale :

VIZA
SERVICIU MEDICAL

VERIFICAT

DOMNULUI PRESEDINTE - DIRECTOR GENERAL AL CAS MEHEDINTI