

Furnizor de servicii medicale

Avizat
CAS Harghita

Aprobat
Dispecerat Medical Public

Contract CAS Harghita nr.

CERERE DE SOLICITARE DE TRANSPORT

Prin prezenta vă solicităm o autosanitară pentru data de în vederea efectuării transportului al pacientului/pacientei (nume/prenume) CNP de la (domiciliu/cabinet de specialitate din specialitățile clinice /laborator de investigații paraclinice) din județul localitatea str. nr. până la (domiciliu/cabinet de specialitate din specialitățile clinice /laborator de investigații paraclinice) din județul localitatea str. nr.

Pacientul este diagnosticat cu :

.....
.....
.....

Menționăm că pacientul/pacienta nu poate fi transportat cu mijloacele de transport convenționale și se încadrează în următoarele situații:

- asigurat imobilizat la pat
- asigurat cu tulburări cognitive severe (demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă
- pacient cu hemipareză sau parapareză, moderat severe

Medic de familie/Medic de specialitate

.....
Nume/Prenume

Parafă, Semnătură