

Cabinet medical.....

Nr. contract cu Casa de Asigurări.....

Nr.reg. de consultație.....

Seria

Nr.

## BILET DE TRIMITERE

Către.....

Numele.....Prenumele.....

Localitatea.....Județ.....

Str. ....Nr.....Bloc/Ap. .....

CNP

Asigurat la:



CAS



CAS-T



OPSNAJ



Eurocard



Acorduri  
internaționale

Diagnostic prezumtiv

1. .....

2. .....

3. .....

Examene de laborator, radiologie, explorări funcționale efectuate:

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

Din care cu valori patologice:

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

Programare

Consultație inițială:data/ora.....

Consultație de control\*:

1  data/ora.....  
2.  data/ora.....

Data.....

Semnătura și parafa medicului

Răspunsul medicului de specialitate se va face în mod obligatoriu prin scrisoare medicală către medicul ce a făcut trimiterea și va atașa efectuarea serviciilor sau a consultului solicitat și va preciza atitudinea terapeutică de urmat.

\*Completează medicul de specialitate dacă este cazul (conform legii)