

Nr. înregistrare unitate medicală emitentă: _____ / _____

INDICAȚIE MEDICALĂ

Prin prezenta vă aducem la cunoștință că:

Pacientul/a _____, identificat(ă) cu CNP _____,
Necesită de serviciile și procedurile medicale oferite în cadrul proiectului "Recuperare Oncologică",
după cum urmează:

- _____ **ședințe de kinetoterapie** (se va menționa numărul de ședințe recomandate, interval 0-10);
- _____ **ședințe de drenaj limfatic manual** (se va menționa numărul de ședințe recomandate, interval 0-10);
- _____ **ședințe de consiliere psihologică adresate pacientului** (se va menționa numărul de ședințe recomandate, individual și/sau cu aparținător, interval 0-10);
- **consultație de nutriție oncologică** DA ☐ / NU ☐ (se va bifa cu X una dintre cele două căsuțe).

Se eliberează prezenta indicație medicală pentru ca pacientul să fie inclus în cadrul proiectului „Recuperare oncologică”.

Certific faptul că aceste servicii și proceduri medicale sunt recomandate pacientului în completarea serviciilor și procedurilor medicale de același tip decontate de Casa de Asigurări de Sănătate de care pacientul a beneficiat anterior eliberării prezentei indicații medicale.

(Semnătura medic oncolog)

PARAFA:

Data*: _____ / _____ / _____

****Indicația medicală va fi eliberată cu cel mult 30 zile calendaristice înainte de data aplicării în proiect.***