

Anexa 2

*la Regulamentul privind implementarea proiectului
„RECUPERARE ONCOLOGICĂ”*

Nr. înregistrare: _____ / _____

INDICAȚIE MEDICALĂ

Prin prezenta vă aducem la cunoștință că:

Pacientul/a _____, identificat(ă) cu CNP _____, necesită 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, interval 0-5) și _____ **ședințe adresate pacientului împreună cu un aparținător** (se va menționa numărul de ședințe recomandate, interval 0-5);
- **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.

Nume și Prenume Medic Oncolog:

Semnătura și parafă:

Data: