

**Bilet de trimitere pentru investigații paraclinice decontate de CAS  
Servicii de înaltă performanță – CT**

Serie: BCTAK Nr.0703171



1. Unitate medicală		Nivel de prioritate
C.U.I. ....	<input type="checkbox"/> MF	Urgență <input type="checkbox"/>
Sediu (localitate, str., nr.) .....	<input type="checkbox"/> Amb.	Curente <input type="checkbox"/>
Județul .....	Spec.	
Casa de asigurări .....	<input type="checkbox"/> Altele	
Nr. contract/convenție .....		

2. Date de identificare asigurat	<input type="checkbox"/> Salariat	<input type="checkbox"/> Veteran
Asigurat la CAS ..... R.C.: .....	<input type="checkbox"/> Coasigurat	<input type="checkbox"/> Revoluționar
Nume .....	<input type="checkbox"/> Liber-profesionist	<input type="checkbox"/> Handicap
Prenume .....	<input type="checkbox"/> Copil (<18 ani)	<input type="checkbox"/> PNS .....
Adresa .....	<input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/ Student (18-26 ani)	<input type="checkbox"/> Ajutor social
.....	<input type="checkbox"/> Gravida/Lehuză	<input type="checkbox"/> Șomaj
.....	<input type="checkbox"/> Pensionar	<input type="checkbox"/> Card European (CE)
.....	<input type="checkbox"/> Alte categorii	<input type="checkbox"/> Acorduri internaționale
CID/CNP/CE/PASS <input type="text"/>		Cetățenia <input type="text"/>
COD CARD ASIGURAT <input type="text"/>		

3. Cod diagnostic		P A/S C
<input type="text"/>	Diagnostic .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	.....	
	Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune	<input type="checkbox"/>

Data trimiterii ...../...../.....	Semnătura medicului .....	Cod parafă <input type="text"/>
Data reconfirmării ...../...../.....	Semnătura medicului .....	Cod parafă <input type="text"/>

4.1. Tip investigație indicat ....., cod investigație .....

4.2. Date clinice și paraclinice care să justifice investigația: .....

4.3. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic? DA/NU

4.4. Examen CT anterior: DA/NU

4.5. Observații speciale legate de pacient:

a) Greutate ..... kg

b) Toleranță la substanța iodată ..... DA/NU

4.6. Substanță de contrast: DA/NU

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice: .....

6. Data prezentării asiguratului	Semnătura asiguratului
...../...../.....	.....