

**RECOMANDARE**  
**pentru îngrijiri medicale la domiciliu**

Nr. .... / ..... (\*\*\*)

**I. Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....**

C.U.I. ....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele și prenumele asiguratului .....

2. Telefon asigurat.....

3. Domiciliul.....

4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu .....

5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare .....

6. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

.....

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

7. statusul de performanță ECOG\*)

.....

8. Servicii de îngrijiri recomandate:

(cu denumirea din anexa nr. 30 A

periodicitate/ritmicitate\*2)

la ordin\*1))

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

9. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu \*\*)

.....

10. Justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu:

.....

.....

.....

.....

11. Justificare pentru recomandarea unui episod mai mare de 15 zile, dar nu mai mult de 30 de zile .....

.....

.....

12. Codul de parafă al medicului

.....

Data .....

Data .....

Semnătura și parafa medicului  
care a avut în îngrijire  
asiguratul internat

.....

Semnătura și parafa medicului din  
ambulatoriul de specialitate/medicului  
de familie .....

Data, numele și prenumele în clar  
și semnătura asiguratului, aparținătorului  
sau împuternicitului

.....

\*) statusul de performanță ECOG: