

UNITATEA MEDICALA _____

Nr.....din.....

**REFERAT DE SPECIALITATE PENTRU INCADRARE IN
GRAD DE HANDICAP**

NUME
PRENUME
VARSTA
DOMICILIUL
ANTECEDENTE PERSONALE
ANTECEDENTE HEREDO-COLATERALE
STAREA ACTUALA
DIAGNOSTIC CLINIC

AFECTIUNI ASOCIATE
DATA DEBUTULUI AFECTIUNII
INTERNARI IN SPITAL
TRATAMENTE URMATE
PLAN DE RECUPERARE

Termen de valabilitate: 6 luni de la emitere

DATA:

MEDIC SPECIALIST