

RECOMANDARE
privind acordarea de tehnologii și dispozitive asistive și tehnologii de acces
- model-

Nr.*/.....*) _

Unitatea medicală

CMI

Adresa.....

Ambulatoriu

Spital

Nume, prenume medic

Cod parafă medic

Specialitatea medicului

Date contact medic: - telefon/fax.....

- e-mail medic.....

1. Numele și prenumele persoanei cu dizabilități.....

2. Data Nașterii

3. Domiciliul

4. Codul numeric personalal persoanei cu dizabilități

5. Cod diagnostic (inclusiv al bolilor asociate):

6. Denumirea și tipul de tehnologii/dispozitive asistive/tehnologie de acces: (din anexa nr. 1 la Procedură)

Data emiterii recomandării

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

Notă: recomandarea are o valabilitate de 12 luni