

Nr. înregistrare unitate medicală emitentă: ____ / ____

INDICAȚIE MEDICALĂ

Prin prezenta vă aducem la cunoștință că:

Pacientul/a _____, identificat(ă) cu CNP _____,
Necesită de 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, individual și/sau cu aparținător, interval 0-10);
- **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.**

(Semnătura medic oncolog)**PARAFA:**

Data*: ____ / ____ / ____

****Indicația medicală va fi eliberată cu cel mult 30 zile calendaristice înainte de data aplicării în
proiect.***