

DECLARATIE

Subsemnatul(a)....., CNP.....,
domiciliat(a) in, str., nr., ap.,
judet, identificat(a) cu B.I./C.I. seria, nr.,
eliberat la data de, de catre, declar pe proprie raspundere
ca pacientul(a)....., CNP.....,
are recomandare de ingrijiri medicale la domiciliu din ambulatoriu/spital;

- pacientul(a) a fost internat(a) in spitalul, sectia
....., de la data de, pana la data de.....;

- in ultimele 11 luni calendaristice pacientul(a) a beneficiat de zile de
ingrijiri medicale la domiciliu decontate prin CAS.

- starea actuala de boala pentru care s-a facut **RECOMANDAREA PENTRU
INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU** nu a aparut in urma unei boli
profesionale, a unui accident de munca sau sportiv.

DATA:

SEMNATURA:

TELEFON CONTACT: