

**Bilet de trimitere pentru investigații paraclinice decontate de CAS
Servicii de înaltă performanță - SCINTIGRAFIE**

Serie: BSCAG Nr. 0003074



1. Unitate medicală CUI: CVAS	<input type="checkbox"/> MF	Nivel de prioritate	
	<input type="checkbox"/> Amb. Spec.	<input type="checkbox"/> Urgență <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Altele	<input type="checkbox"/> Curente <input type="checkbox"/>	
	Sediu (localitate, str., nr.)		
	Judetul		
Casa de asigurări			
Nr. contract/convenție			

2. Date identificare asigurat

Asigurat la CAS	R.C.:	<input type="checkbox"/> Salarial	<input type="checkbox"/> Veteran
Nume		<input type="checkbox"/> Coasigurat	<input type="checkbox"/> Revoluționar
Prenume		<input type="checkbox"/> Liber-profesionist	<input type="checkbox"/> Handicap
Adresa		<input type="checkbox"/> Copil (<18 ani)	<input type="checkbox"/> PNS
		<input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/ Student (18-26 ani)	<input type="checkbox"/> Ajutor social
		<input type="checkbox"/> Gravida/Lehuză	<input type="checkbox"/> Șomaj
		<input type="checkbox"/> Pensionar	<input type="checkbox"/> Card European (CE)
		<input type="checkbox"/> Alte categorii	<input type="checkbox"/> Acorduri internaționale
CID/CNP/CE/PASS	<input type="text"/>	Cetățenia <input type="text"/>	
COD CARD ASIGURAT	<input type="text"/>		

3. Cod diagnostic

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P	A/S	C
Diagnostic							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....									
Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune							<input type="checkbox"/>		
Data trimiterii	Semnătura medicului	Cod parafă <input type="text"/>							
Data reconfirmării	Semnătura medicului	Cod parafă <input type="text"/>							

4.1. Tip investigație indicat, cod investigație

4.2. Date clinice și paraclinice care să justifice investigația:

4.3. S-au epuizat toate celelalte metode de diagnostic? **D/NU**

4.4. Examen scintigrafic anterior: **D/NU**

4.5. Observații speciale legate de pacient:

a) Greutate kg

b) Antecedente alergice **D/NU**

SARCINA ESTE O CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EFECTUAREA EXAMENULUI SCINTIGRAFIC!!!

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:

.....

6. Data prezentării asiguratului	Semnătura asiguratului
...../...../.....