

Nr.....Data.....

## SCRISOARE MEDICALĂ

Nume ..... Prenume ..... Vârsta .....

### I. Anamneza

Antecedente personale patologice .....

### II. Diagnosticul medical generator de handicap

- principal .....

- altele .....

### III. Certificatele medicale actuale (se specifică nr., data, instituția emitentă și numele medicului care a eliberat certificatul)

.....

### IV. Internări în spital

(data, instituția emitentă și diagnosticul la ieșirea din spital)

.....

### V. Persoana

-este deplasabilă

-nu este deplasabilă

*Pentru bolnavii netransportabili, scrisoarea medicală trebuie să conțină date care să justifice din punct de vedere medical imposibilitatea deplasării.*

Data completării .....

Adresa și numărul de telefon cabinet medic de familie.....

MEDIC DE FAMILIE  
(parafa+ștampila unității sanitare)