    Anexa Nr. 3

    la procedură

RECOMANDARE

privind acordarea de tehnologii şi dispozitive asistive şi tehnologii de acces

- model -

|  |  |
| --- | --- |
| Nr. ......./...........\*) | |\_| CMI |
| Unitatea medicală ........................... | |\_| Ambulatoriu |
| Adresa ........................................... | |\_| Spital |
|  | |
| \*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaia de observaţie. | |

    Nume, prenume medic .....................................

    Cod parafă medic ............................................

    Specialitatea medicului .....................................

    Date contact medic:

    - telefon/fax .....................................................

    - e-mail medic .................................................

    1. Numele şi prenumele persoanei cu dizabilităţi ................................................

    2. Data naşterii ................................................

    3. Domiciliul ....................................................

    4. Codul numeric personal al persoanei cu dizabilităţi ........................................

    5. Cod diagnostic (inclusiv al bolilor asociate) ...................................................

    6. Denumirea şi tipul de tehnologii/dispozitive asistive/tehnologii de acces (din anexa nr. 1 la procedură): ...................

    Data emiterii recomandării ...........................

    Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului ................................

    NOTĂ:

    Recomandarea are o valabilitate de 12 luni.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Procesat de LM