

Nr...../.....

REFERAT MEDIC DE FAMILIE

Privind situația d-nei(d-lui) _____ posesor al B.I./C.I.
seria _____ nr _____ cod numeric personal _____
Domiciliat în localitatea _____ str/sat _____
nr _____ bloc _____ sc _____ ap _____.

1. Nr.fișă dispensarizare _____, data întocmirii _____

2. Diagnostic _____

_____ -

3. Vechimea bolii _____

4. Internări, tratamente, stare prezentă (descriere)

5. Dependentă sau parțial dependentă de o altă persoană _____

6. Deplasabilă sau nedeplasabilă _____

7. **CONCLUZII** (recomandări pentru terapia socială, are/nu are nevoie de supraveghere din partea unui asistent social) _____

Întocmit,
MEDIC DE FAMILIE
(numele și prenumele, semnătura și parafa)