CERERE-TIP

de evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap Nr. ......../.............

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a) ......................, domiciliat(ă) în ...................,

str. .............................. nr. ....,

bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/judeţul .................., telefonul .............., actul de

identitate ........ seria ..... nr. ............., CNP ........................, solicit evaluarea în cadrul

serviciului de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap, în vederea încadrării întrun

grad de handicap.

Data Semnătura

.................... ......................

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

* copie de pe documentele de identitate;
* documente medicale:
* referat stare prezentă, de la medicul specialist;
* scrisoare medicală-tip, de la medicul de familie;
* anchetă socială de la serviciul social al primăriei de domiciliu. Doamnei/Domnului Director al DGASPC al Judeţului/Sectorului ..............

ANEXA 5

la metodologie Nr. ......../.............

SCRISOARE MEDICALĂ

Numele .................. prenumele ................, CNP ................, vârsta .....................

1. Anamneza

* antecedente personale patologice

..........................................................................

..........................................................................

..........................................................................

1. Diagnosticul medical

* principal

..........................................................................

..........................................................................

* altele

..........................................................................

..........................................................................

..........................................................................

..........................................................................

1. Certificatele medicale actuale (se specifică numărul, data, instituţia emitentă şi numele

medicului care a eliberat certificatul)

..........................................................................

..........................................................................

..........................................................................

..........................................................................

1. Internări în spital (data, instituţia emitentă şi diagnosticul la ieşirea din spital)

..........................................................................

..........................................................................

..........................................................................

1. Persoana

* este deplasabilă;
* nu este deplasabilă.

Data completării ................ Semnătura şi parafa medicului de familie

...........................