

UNITATEA MEDICALA _____
NR INREGISTRARE _____ DATA: _____

**REFERAT DE SPECIALITATE PENTRU INCADRARE IN
GRAD DE HANDICAP**

NUME
PRENUME
VARSTA
DOMICILIUL
ANTECEDENTE PERSONALE
ANTECEDENTE HEREDO-COLATERALE
STAREA ACTUALA
DIAGNOSTIC CLINIC

AFECTIUNI ASOCIATE

DATA DEBUTULUI AFECTIUNII

INTERNARI IN SPITAL

TRATAMENTE URMATE

PLAN DE RECUPERARE

DATA:

MEDIC SPECIALIST