

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate ...

Județ ...

Medic de familie/

Medic de specialitate din ambulatoriu

(nume prenume)

CNP medic de familie/

medic de specialitate din ambulatoriu

**LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE  
ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE  
FAMILIE/MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU**

Nr. crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Vârsta*)	Data intrării în evidența medicului de familie/ medicului de specialitate din ambulatoriu
<b>1.</b>	<b>HTA</b>		
1.			
2			
...			
<b>2.</b>	<b>Diabetul zaharat tip II</b>		
1.			
2			
...			
<b>3.</b>	<b>Dislipidemie</b>		
1.			
2			
...			

4. BPOC			
1.			
2			
...			
5. Astm bronșic			
1.			
2			
...			
6. Boală cronică de rinichi			
1.			
2			
...			

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

**NOTE:**

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

4. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

Data

