

CERERE DE ABILITARE
CABINET MEDICAL INDIVIDUAL
SOCIETATE MEDICALĂ CU PERSONALITATE JURIDICĂ

DOMNULE DIRECTOR ,

Subsemnatul medic titular al / administratorul societății cu sediul în tel.cu cod de unitate numărul de înmatricularecodul fiscal înființată conform Legii 31/1990, vă rog să-mi aprobați abilitarea societății pentru eliberarea de certificate medicale pentru copii cu dizabilități în următoarele specialități :

SPECIALITATE :

MEDIC TITULAR/ANGAJAT/NUME +PRENUME :

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

Anexez:

- Copie după Certificatul de înscriere în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea I;
- Copie după Certificatul de membru în Colegiul Medicilor din România a medicului titular/a medicilor angajați din care să reiasă specialitatea medicală atestată;
- Copii după contractele de prestări servicii pentru medicii angajați (în cazul societăților medicale).

Menționez că am luat cunoștință și voi respecta prevederile:

- Hotărârii de Guvern nr. 1437/2004 *privind organizarea și metodologia de funcționare a comisiei pentru protecția copilului*
- Ordinului Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice Nr. 1.985/2016, Ministerul Sănătății Nr. 1.305/2016, Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice Nr. 5.805/2016 *privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale*
- Ordinului Ministerul Sănătății Nr. 1.306/2016, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice Nr. 1.883 /2016 *pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora*

Data

Semnătura

Domnului/Doamnei Director al Direcției de Sănătate Publică

timbru
fiscal

L. S.

Unitatea sanitară

L.S.

Se eliberează într-un exemplar, la cerere, de către medicii din oricare unitate sanitară în evidența căreia se află persoana care solicită acest act.

anul luna ziua

..... în calitate de

Se certifică de noi că.....

[illegible]

în vârstă de ani; sexul M/F,

```
str.....m.....cu
```

.....

Este suferind de:

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la:

Medic director,

Anexa Nr. 7

Consultație bilanț anual nr./data

Model fișă medicală sintetică pentru copiii cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale

Numele și prenumele copilului

Data nașterii

Diagnosticul complet (formulat în baza bilanțului anual și a certificatelor medicale actuale)

	Stadiul actual al bolii cronice (se bifează)
1.	☐ debut ☐ evolutiv ☐ stabilizat ☐ terminal
2.	☐ debut ☐ evolutiv ☐ stabilizat ☐ terminal
.....	

Anamneza*) (redată sintetic):

Examen clinic (redat sintetic):

Concluzii și recomandări:

1. Tratament recomandat de medicul de familie (pentru afecțiunile intercurrente obiectivate de bilanțul anual)

2. Tratamente recomandate de medicul/medicii de specialitate și urmate de copil

3. Rezultatul tratamentelor recomandate (compliance la tratament, gradul de satisfacție al copilului și al familiei, motive expuse de familie când nu s-a urmat tratamentul recomandat ș.a.)

4. Copilul

☐ este monitorizat pentru boală cronică (fără certificat de încadrare în grad de handicap)

☐ este monitorizat pentru dizabilitate (certificat de încadrare în grad de handicap)

5. Copilul este deplasabil/nu este deplasabil/necesită transport specializat**)

Documente atașate (dacă este cazul): rezultate analize și investigații paraclinice recomandate de medicul de familie cu ocazia bilanțului anual

*) Antecedentele patologice și cele heredocolaterale se completează prima dată și ulterior dacă se adaugă altele.

**) Pentru evaluarea medicală de către medicul de specialitate.

Semnătura și parafa medicului de familie

.....

Anexa Nr. 8

Unitatea sanitară/Cabinet individual

Nr. înregistrare/Data

Model fișă de evaluare psihologică în vederea încadrării în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale și a planificării beneficiilor, serviciilor și intervențiilor pentru copilul cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale*)

*) Recomandări de completare în paranteze.

Numele și prenumele copilului

.....

Data nașterii

I. Diagnostic medical, conform documentului medical

.....

II. Psihodiagnostic:

.....