


Analizati cererea de analize de mai jos si raspundeti daca ea contine toate informatiile necesare conform cerintelor standardului ISO 15189. Raspunsurile se vor trimite pe adresa de mail [greco.daniela@umft.ro](mailto:greco.daniela@umft.ro)

**Bilet de trimitere pentru investigații paraclinice decontate de CAS**

Serie **BTIAG** Nr. **0875014** 

---

1. Unitate medicală  
 CUI .....  
 Sediul (localitate, str.) **Asociația Psihomedica ONG**  
 Cluj-Napoca, str. Pasteur nr. 3-5  
 Județul .....  
 Casa de asigurări: **CIF 13350290**  
 Nr. contract/convenție: **12**

Nivel de prioritate  
☒ Urgentă  
☐ Curente

---

2. Date de identificare asigurat  
 Asigurat la CAS: **OLUJ** R.C.: **518**  
 Nume: **COLCERIU**  
 Prenume: **SILVIU**  
 [Redacted]  
 CNP: [Redacted]  
 CE: [Redacted]  
 PASS: [Redacted]  
 Cetățenia: [Redacted]

☐ Salariat ☐ Veteran  
☐ Coasigurat ☐ Revoluționar  
☐ Liber-profesionist ☐ Handicap  
☐ Copil (<18 ani) ☐ PNS  
☐ Elev/Ucenic/ ☐ Ajutor social  
☐ Student (18-26 ani) ☒ Șomaj  
☐ Gravidă/Lehuză  
☐ Pensionar ☐ Card European (CE)  
☐ Alte categorii ☐ Acorduri internaționale

---

3. Cod diagnostic  
 Diagnostic: [Redacted]  
 238  
 Data trimiterii: **1/1/2012** Semnătura medicului: [Redacted]  
 Cod parafă: **045911** L.S.

---

Poziția	Cod investigație	Investigații recomandate	Investigații efectuate
1		TsH	
2		FT4	
3		AconHPO	
4		AconHig	
5		carotid Dna 8"	
6		Carotid	
7		Mg	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

---

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:  
 L.S.

---

6. Data prezentării asiguratului ..... Semnătura asiguratului .....

---

7. Pacientul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la un furnizor de servicii medicale paraclinice în termen de ..... zile de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice. În caz contrar, biletul își pierde valabilitatea.

Tipărit la C.N. "Imprimăria Națională" S.A.