

**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 înmatriculare .....codul 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 .....**

**CERTIFICAT MEDICAL  
17.5**

Servește la atestarea stării de sănătate a solicitantului.

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

Județul ..... Localitatea ..... Unitatea sanitară .....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 0 auto;">                     timbru fiscal  L. S.                 </div>																	
<b>CERTIFICAT MEDICAL Nr. ....</b> anul ..... luna ..... ziua .....																		
În baza referatului Dr. .... <span style="margin-left: 200px;">numele și prenumele</span>																		
în calitate de .....																		
Se certifică de noi că: ..... <span style="margin-left: 100px;">Codul numeric personal</span> <span style="margin-left: 100px;">numele și prenumele</span>																		
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> în vârsta de ..... ani; sexul M/F,																		
Domiciliat în: jud. /sect. .... loc. .... str. .... nr. .... cu B.I./C.I. seria ..... nr. .... având ocupația de: ..... la .....																		
Este suferind de: ..... ..... .....																		
S-a eliberat prezentul spre a-i servi la: .....																		
L.S. <span style="float: right;">Medic director,</span>																		

**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. ....	<input type="checkbox"/> debut <input type="checkbox"/> evolutiv <input type="checkbox"/> stabilizat <input type="checkbox"/> terminal
2. ....	<input type="checkbox"/> debut <input type="checkbox"/> evolutiv <input type="checkbox"/> stabilizat <input type="checkbox"/> 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:

.....