

DECLARAȚIA MEDICULUI CA URMARE A DECESULUI PERSOANEI ASIGURATE

În scopul unei statistici corecte a mortalității, vă rugăm să vă conformați Listei Internaționale a Cauzelor Deceselor.

I. DATE DE IDENTIFICARE PERSOANA ASIGURATĂ

Nume și prenume: _____

Cod Numeric Personal:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data decesului: __ / __ / _____

Locul decesului (în cazul unei instituții medicale, va rugăm precizați denumirea, adresa și numărul de telefon):

II. DATE PRIVIND CAUZA DECESULUI

Cauza (a)

Cauze anterioare (în cazul unor condiții morbide, dacă au existat):

Cauza (b)

Cauza (c)

III. DATE PRIVIND CIRCUMSTANȚELE PRODUCERII EVENIMENTULUI ȘI ISTORICUL MEDICAL AL ASIGURATULUI DECEDAT:

Prealabil completării informațiilor de mai jos, în cazul în care persoana asigurată a fost diagnosticată în trecut cu afecțiuni neoplazice (cancer), va informăm că **aveți dreptul de a nu declara afecțiunea oncologică**, dacă a trecut un termen de **7 ani** de la data încheierii protocolului oncologic, respectiv **5 ani** de la data încheierii protocolului oncologic, pentru cazul în care diagnosticul a fost stabilit înainte de împlinirea vârstei de 18 ani.

Vă rugăm menționați alte condiții semnificative care au contribuit la deces:

În cazul în care decesul a fost cauzat de un accident, sinucidere, omor, abuz de alcool etc, Vă rugăm precizați și descrieți pe scurt:

A fost practică o autopsie? Dacă da, va rugăm precizați de către cine și care au fost concluziile:

DA

NU

Ați tratat sau consultat decedatul în decursul ultimilor ani? DA NU

Dacă da, vă rugăm precizați detalii despre îmbolnăvirile sau vătămrile suferite (în caz de îmbolnăviri, vă rugăm precizați lista din fișa personală folosind spațiul de mai jos):

| Data vizitei medicale | Motivul și simptomatologia | Diagnostic | Evoluție | Tratament |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Informațiile cuprinse în prezentul formular sunt adevărate și complete conform cunoștințelor mele.

Data: __ / __ / ____

Numele și prenumele medicului care a completat formularul: _____

Semnătura și parafa medicului: _____

Acest formular nu constituie o sursă de facturare.