

Nr. _____ din _____

REFERAT MEDICAL

Privind pe dl./ dna. _____, CNP _____
cu domiciliul în localitatea _____ strada _____,
nr. _____, bl. _____, sc _____, et. _____, ap. _____, județul/sectorul _____

Diagnostic clinic _____

Simptomatologie _____

Examen obiectiv detaliat Înălțime __ cm, Greutate __ kg; TA __ mmHG; AV __ b/min

Investigații paraclinice _____

Tratamente urmate _____

Observatii _____

Medic de specialitate,

SOFIAMED CENTER SRL

Sediu operațional: Sat Șag, comuna Șag, strada CXII nr 6A, județul Timiș ; CIF : 17754017
Telefon : 0756.56.57.57 ; E-mail : contact@sofiamed.ro; www.sofiamed.ro