

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Județul _____

Localitatea _____

Unitatea sanitară _____

FIȘĂ DE CONSULTAȚII MEDICALE
pentru persoanele care solicită atestarea calității de detectiv particular

Ziua _____ luna _____ anul _____

A. Numele _____, prenumele _____, sex M/F, născut în anul _____, luna _____, ziua _____, în localitatea _____, județul _____, fiul lui _____ și _____, domiciliat în _____, str. _____, nr. _____, județul _____, posesor act identitate _____, seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, nr. telefon _____

B. Antecedente personale (înscrise de medicul de familie) _____

Semnătura și parafa medicului de familie.

C. Rezultatele examinărilor medicale

SPECIALITATEA	NR. FIȘĂ/ REGISTRU CONSULTAȚII	DATA EXAMINĂRII	CONSTATĂRI	CONCLUZII APT/INAPT	SEMNĂTURA ȘI PARAFA MEDICULUI
0.	1.	2.	3.	4.	5.

Medicină internă

Neurologie

Psihiatrie

Oftalmologie

O.R.L.

Examen radiologic
Pulmonar(Rgf,MRF)

Unitatea sanitară _____

Nr. buletin _____ data _____ rezultatul _____

Semnătura și parafa medicului _____

D. CONCLUZII**APT/INAPT** pentru exercitarea profesiei de detectiv particular:**Semnătura și parafa medicului coordonator al unității sanitare**