

LIČNI PODACI PACIJENTA

Prezime, ime roditelja, ime

JMB

Adresa prebivališta

broj zdravstvenog kartona

ISTORIJA BOLESTI, OBOLJENJA, POVREDA, INVALIDNOST

(UPISATI PODATKE IZ ZDRAVSTVENOG KARTONA I MEDICINSKE DOKUMENTACIJE):

Napomena: bez anamnestičkih podataka, kliničkog pregleda i izjašnjenja o ocjeni radne sposobnosti.

Pečat i potpis

Izabranog doktora P/O medicine

Mjesto:

Datum :

Pečat ovlaštene ustanove

M.P