

LIJEČNIČKA POTVRDA

IME I PREZIME: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

DIJAGNOSTICIRANA OBOLJENJA: _____

TERAPIJA KOJA SE KORISTI: _____

POSTOJANJE ZARAZNE BOLESTI: DA NE

DIJETALNA PREHRANA: 1. NIJE POTREBNA

2. POTREBNA (OPISATI KOJA) _____

IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA PZZ (adresa i broj telefona u ordinaciji) _____

U _____, _____ godine

FAKSIMIL I POTPIS LIJEČNIKA: