L I J E Č N I Č K A P O T V R D A

IME I PREZIME _____

GODINA ROĐENJA _____

DIJAGNOZE _____

_____

LIJEKOVI KOJE KORISTI

_____

_____

POKRETNOST ●pokretan ●teže pokretan

●pokretan uz ort. pomagalo ●nepokretan

KONTINENCIJA _____

ORIJENTIRANOST _____

ZARAZNE BOLESTI _____

PSIHIČKE BOLESTI _____

- da li je pacijent liječen od psihičkih bolesti: a) ambulantno
  b) stacionarno
- ako DA, navesti kada i u kojoj zdravstvenoj ustanovi:

_____

OVISNOSTI :
- ALKOHOL
- CIGARETE
- LIJEKOVI
- DRUGA SREDSTVA OVISNOSTI

AGRESIVNA PONAŠANJA _____

IZABRANI LIJEČNIK - ADRESA, TELEFON I RADNO VRIJEME:

_____

IZABRANI STOMATOLOG: IZABRANI GINEKOLOG:

_____ _____

EVENTUALNE NAPOMENE:_____

Mjesto i datum Izabrani liječnik (faksimil i potpis)

_____ _____