

**PRILOG 2**

**Naziv zdravstvene ustanove:** \_\_\_\_\_

**POTVRDA IZABRANOG LIJEČNIKA**

Potvrđujem da \_\_\_\_\_ rođen/a \_\_\_\_\_,  
(ime, ime oca i prezime)  
s prebivalištem/boravištem u \_\_\_\_\_, po zanimanju  
\_\_\_\_\_

1. NE BOLUJE OD HRONIČNIH I PSIHIČKIH BOLESTI

2. IMA POTVRĐENE SLJEDEĆE HRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLJEDEĆE LIJEKOVE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. NAPOMENA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PUNA ADRESA ORDINACIJE I TELEFON:

\_\_\_\_\_

Za tačnost podataka sadržanih u ovoj potvrdi odgovoran je potpisnik iste.

Mjesto i datum sačinjavanja:

MP

\_\_\_\_\_  
(pečat i potpis doktora medicine)