

Образац 1.

назив здравствене установе

----- место

изабрани лекар
(име и презиме, ИД број)

Број здравственог картона: -----

ЈМБГ -----

**ИЗВЕШТАЈ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ФИЗИЧКОГ ЛИЦА
ЗА ДРЖАЊЕ И НОШЕЊЕ ОРУЖЈА**

..... / /
име, име једног од родитеља, презиме

датум и место рођења: Г. у

место и адреса становања: бр.
улица и број, поштански број

ЛК бр. издата од

Увидом у здравствени картон и расположиву медицинску документацију, особа је боловала од следећих болести и здравствених проблема:

година..... дијагноза (МКБ 10)..... дужина боловања или лечења.....

узимање лекова.....;

Лечио се у стационарној здравственој установи

да-не, године, због дијагноза (МКБ 10)

Наведеној особи изабрани сам лекар од године.

МП

потпис и факсимил изабраног лекара

Датум: