

(ПОПУЊАВА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА)

/назив здравствене установе/

ИЗВОД ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ КАРТОНА

Кандидата _____ Презиме и име _____ Датум рођења _____

1. Телесна висина cm 2. Телесна тежина kg

3. Прележане теже болести /менингитис, хепатитис, фебрис рх. и сл./: _____

4. Извршене хируршке интервенције: _____

5. Верификована ЕПИ НЕ * ДА - од када _____

6. Верификовани други неуролошки или психијатријски поремећај: НЕ * ДА - и то: _____

7. Верификован поремећај чула вида : НЕ ДА - и то: _____

8. Естетски недостаци /изразита асиметрија лица и тела, недостатак или оштећење појединих делова тела/: НЕ ДА - и то: _____

9. Деформитети кичменог стуба и грудног коша НЕ ДА - и то: _____
степен: _____

10. Промене на венама ногу НЕ ДА

11. Проширене вене скротума НЕ ДА

_____ /М. П./ _____
Место и датум Потпис и факсимил лекара

* Заокружити одговарајуће