

(ПОПУЊАВА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА)

/назив здравствене установе/

ИЗВОД ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ КАРТОНА**Кандидата**

Презиме и име

Датум рођења

1. Телесна висина цм 2. Телесна тежина кг

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 поремећаји НЕ ДА - и то: _____

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

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

- * 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