

(ПОПУЊАВА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА)

/назив здравствене установе/

**ИЗВОД ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ КАРТОНА****Кандидата**

Презиме и име

Датум рођења

1. Телесна висина   цм      2. Телесна тежина  к  г

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/: 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