Образац 12.

(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: _____

_____

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