

**СТРУЧНОМ ТИМУ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ ОДРЕЂЕНОМ
ВАКЦИНОМ**

Здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију више општина,
односно града _____

ЗАХТЕВ

**ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ
ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ВАКЦИНОМ: _____**

1) СЛЕДЕЋЕГ ПАЦИЈЕНТА:

(презиме) (име родитеља) (име)

<table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p align="center">(датум рођења)</p>											<table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p align="center">(ЈМБГ)</p>																<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">М</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Ж</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(ПОЛ: заокружити)</td> </tr> </table>	М	Ж	(ПОЛ: заокружити)	
М	Ж																														
(ПОЛ: заокружити)																															

(Улица и број)	(место и општина становања)
Картон имунизације број:	,
Здравствени картон број:	,
Здравствена картица број:	,

2) ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА:

Лекар: _____ _____ (Презиме и име лекара који спроводи имунизацију)	_____ _____ (контакт телефон)
_____ _____ (здравствена установа у којој је запослен)	_____ _____ (вакцинални пункт)
_____ _____ (адреса установе)	_____ _____ (телефон - факс)

3) ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ЗАХТЕВА:

- Разлог за подношење захтева утврђен је дана: _____, у _____ часова.
- Захтев се подноси због следећег:

НАПОМЕНА о утврђеним дијагностичким налазима	
У	Заведено под бројем

Датум подношења захтева:

ПОТПИС И ФАКСИМИЛ ЛЕКАРА

МП