

**PRILOG 3**

**POTVRDA IZABRANOG LIJEČNIKA**

Potvrđujem da \_\_\_\_\_ rođen/a \_\_\_\_\_,  
(ime, ime oca i prezime)

s prebivalištem/boravištem u \_\_\_\_\_, po zanimanju

\_\_\_\_\_.

1. NE BOLUJE / BOLUJE OD HRONIČNIH I PSIHIČKIH BOLESTI

(zaokružiti odgovarajuće)

2. IMA POTVRĐENE SLJEDEĆE HRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLJEDEĆE LIJEKOVE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PUNA ADRESA MEDICINSKE USTANOVE I TELEFON:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Mjesto i datum sačinjavanja dokumenta)

\_\_\_\_\_  
(pečat i potpis doktora medicine)