

### ПРИЛОГ 3

#### ПОТВРДА ИЗАБРАНОГ ЛИЈЕЧНИКА

Потврђујем да \_\_\_\_\_ рођен/а \_\_\_\_\_,  
(име, име оца и презиме)

с пребивалиштем/боравиштем у \_\_\_\_\_, по занимању  
\_\_\_\_\_.

1. НЕ БОЛУЈЕ / БОЛУЈЕ ОД ХРОНИЧНИХ И ПСИХИЧКИХ БОЛЕСТИ  
(заокружити одговарајуће)

2. ИМА ПОТВРЂЕНЕ СЉЕДЕЋЕ ХРОНИЧНЕ И ПСИХИЧКЕ БОЛЕСТИ:

---

---

---

3. УЗИМА ПОВРЕМЕНО ИЛИ СТАЛНО СЉЕДЕЋЕ ЛИЈЕКОВЕ:

---

---

---

4. ПУНА АДРЕСА МЕДИЦИНСКЕ УСТАНОВЕ И ТЕЛЕФОН:

---

---

---

(Мјесто и датум сачињавања документа)

\_\_\_\_\_  
(печат и потпис доктора медицине)