**PODACI O ZDRAVSTVENOJ ISKAZNICI DJETETA**

IME I PREZIME:

ADRESA STANOVANJA:

BROJEVI MOBITELA - MAJKE:

OCA:

DJETETOV MBO (nalazi se na zdravstvenoj iskaznici): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IME I PREZIME PEDIJATRA: \_ BROJ TELEFONA AMBULANTE PEDIJATRA:

Uz ispunjen upitnik potrebno je priložiti:

* presliku djetetove zdravstvene iskaznice
* karton procijepljenosti djeteta (ukoliko dijete nije cijepljeno po redovnom kalendaru cijepljenja, pedijatar mora izdati potvrdu o razlozima te navesti datume prema kojima će se naknadno cijepljenje odvijati)