



ORDINACIJA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE _____

Predmet: Liječnička potvrda za _____, za
potrebe upisa na Fakultet dentalne medicine i zdravstva Osijek. (ime i prezime pristupnika)

Uvidom u zdravstveni karton i fizikalnim pregledom utvrđeno je da se pristupnik liječi od slijedećih bolesti (navesti stanja i dijagnoze koje bi mogle biti od značaja pri upisu na Fakultet dentalne medicine i zdravstva Osijek):

Pečat i potpis liječnika

U _____, dana _____ 2018.