|  |  |
| --- | --- |
| **Датум прегледа:** | \_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ . 2022. године |
|  |  |
| **Место:** |  |
|  |
| **Име и презиме лекара специјалисте који је извршио преглед**  **Врста прегледа:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
|  |  |

**ПОТВРДА ИЗВРШЕЊА**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | **Име и презиме пацијента** | **Лекарски печат**  (лекара који је извршио преглед) | **Потпис лекара**  (који је извршио преглед) | **Потпис пацијента**  (којим потврђује да је преглед извршен) |
| **1.** |  | М.П. |  |  |
| **2.** |  | М.П. |  |  |
| **3.** |  | М.П. |  |  |
| **4.** |  | М.П. |  |  |
| **5.** |  | М.П. |  |  |
| **6.** |  | М.П. |  |  |
| **7.** |  | М.П. |  |  |
| **8.** |  | М.П. |  |  |
| **9.** |  | М.П. |  |  |
| **10.** |  | М.П. |  |  |
| **11.** |  | М.П. |  |  |
| **12.** |  | М.П. |  |  |
| **13.** |  | М.П. |  |  |
| **14.** |  | М.П. |  |  |
| **15.** |  | М.П. |  |  |