Образац 12.

(ПОПУЊАВА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА)

_____

/назив здравствене установе/

**ИЗВОД ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ КАРТОНА**

**Кандидата** _____ _____

Презиме и име Датум рођења

1. Телесна висина [ ] цм 2. Телесна тежина [ ] кг

3. Прележане теже болести/менингитис, хепатитис, фебрис рх. и сл./: _____

_____

4. Извршене хируршке интервенције: _____

_____

5. * Верификована ЕПИ НЕ ДА - од када _____

6. * Верификовани други неуролошки или психијатријски поремећаји НЕ ДА - и то: _____

_____

7. * Верификован поремећај чула вида НЕ ДА - и то: _____

_____

8. * Естетски недостаци/ изразита асиметрија лица и тела, недостатак или оштећење појединих делова тела/: НЕ ДА - и то: _____

_____

9. * Деформитети кичменог стуба и грудног коша НЕ ДА - и то: _____

_____ Степен: _____

10. * Промене на венама ногу НЕ ДА

11. * Проширене вене скротума НЕ ДА

_____ /М. П./ _____

Место и датум Потпис и факсимил лекара

* Заокружити одговарајуће