



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.