

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА _____

Образац бр. 3

Област здравствене заштите _____

Место _____

(седиште)

ОДЈАВА _____

(врста обољења)

1. Презиме, очево име и име _____

Лични број грађанина

2. Број здравственог картона _____

3. Пребивалиште (место, улица и број) _____

4. Стање при одјави:

Излечен: да - не

Промена дијагнозе - стање _____

Одсељен: место и адреса _____

Узрок смрти:

а) болести или стање које је непосредно изазвало смрт

--	--	--	--	--

б) болест или стање (ако их је било) који су претходили уз-
року смрти

--	--	--	--	--

Датум одјаве

Потпис
Доктора медицине и факсимил

Напомена:

Овим обрасцем се одјављује случај обољења из члана 100. Закона о здравственој заштити („Службени гласник СРС“ 30/79) када је дошло до оздрављења, промене дијагнозе, пресељења или смрти без обзира на узрок.

Издаје: **ЕПОХА** - Пожега; Телефони: 031/815-415; 815-815; Ознака за поруџбину: **845260**