

Ime in priimek:

Obrazec

Specialnost:

Naslov:

Tel. št.

/tel.št. ambulante/

POTRDILO O ZDRAVNIŠKEM PREGLEDU

Spodaj podpisani/a, dr. medicine, potrjujem, da sem danes opravil zdravniški pregled g./gospa

Na podlagi opravljenega pregleda, testov, preiskav in anamnestičnih podatkov, menim, da:

Pacient je imel naslednje hujše bolezni in diagnoze (če takšne bolezni obstajajo, prosimo, da jih opišite in navedite morebitno zdravljenje ter trenutno stanje pacienta):

.....

.....

Menim, da trenutno pacient:

Ima/nima kroničnih, spolno prenosljivih kužnih bolezni, AIDS-a, tuberkuloze in drugih obolenj, ki bi lahko ogrožala življenje pacienta. Serološke preiskave za HIV so negativne.

(če obstajajo kakšne bolezni, prosim, da jih opišite):

.....

Ugotovim, da je pacient:

- v dobrem / zadovoljivem / slabem fizičnem zdravju;

Potrdilo je vročeno g. /gospa/ za uporabo v postopku meddržavne posvojitve.

Dne:

Podpis, Žig:

Zdravniška zbornica Slovenije – Nacionalni svet:

Dr. je redno vpisan/a v register Zdravniške zbornice Slovenije, Področje, pod št.

Podpis, Žig