

**PRIJEDLOG IZABRANOG DOKTORA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE / DOKTORA
SPECIJALISTA, ZA BOLNIČKU MEDICINSKU REHABILITACIJU**
(uputiti Ministarstvu branitelja, Savska cesta 66, Zagreb)

1. KORISNIK:

Ime, ime roditelja, prezime	
Datum i mjesto rođenja	
OIB	
Adresa stanovanja	
Kontakt (tel./mob., e-mail)	

2. DOKTOR - PODNOSITELJ PRIJEDLOGA:

Ime i prezime, specijalnost	
Zdravstvena ustanova	
Adresa i sjedište	
Kontakt	

3. PRIJEDLOG ZA BOLNIČKU MEDICINSKU REHABILITACIJU:

Uputna dijagnoza	
Nalaz i mišljenje doktora spec. (<i>ime, prezime, specijalnost, datum izdavanja</i>)	
Prijedlog bolničke zdravstvene ustanove (<i>naziv i sjedište</i>)	

4. OBRAZLOŽENJE PRIJEDLOGA ZA BOLNIČKU MEDICINSKU REHABILITACIJU:

Medicinska dokumentacija: _____
(ukupan broj stranica)

Privitak:

1. preslika pravomoćnog rješenja o statusu žrtve seksualnog nasilja iz Domovinskog rata
3. nalaz i mišljenje doktora specijalista
4. preslika zadnjeg odobrenja HZZO uz medicinsku dokumentaciju
5. medicinska dokumentacija

Potpis i faksimil doktora

U _____ dana _____ g.
