



**FORMULAR ZA PROMJENU/ODABIR LJEKARA PORODIČNE MEDICINE
/Dr. Aida Udovčić- spec. porodične medicine/**

IME I PREZIME PACIJENTA	
JMBG /JEDINSTVENI MATIČNI BROJ/	
ADRESA STANOVANJA	
LOKALITET AMBULANTE PORODIČNE MEDICINE /AKO IMA KARTON/	
IME LJEKARA PORODIČNE MEDICINE	
BROJ KARTONA	
BROJ TELEFON	

**SAGLASAN SAM DA ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA PREBACI MEDICINSKU
DOKUMENTACIJU MOG RANIJEG PORODIČNOG LJEKARA U POLIKLINIKU ATRIJUM!!!**

Datum:

Potpis pacijenata:
