

ОБРАЗАЦ ЛИТ

Назив здравствене установе
А _____
Број _____
Датум _____
А _____
Место _____

ЛЕКАРСКИ ИЗВЕШТАЈ

ПОТВРЂУЈЕМ ДА ЈЕ КОД ОСИГУРАНОГ ЛИЦА _____
(име и презиме)

ЈМБГ ЛБО

УТВРЂЕНО ПОСТОЈАЊЕ ТРУДНОЋЕ НА ДАН

ОЧЕКИВАНИ ТЕРМИН ПОРОЂАЈА ЈЕ ~~Ѕ~~
датум

У _____

Датум

ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТА

М.П.

(име и презиме и факсимил)

НАПОМЕНА: Овај лекарски извештај важи уз исправу о здравственом осигурању - здравствену књижицу која није
оверена и потребно је да га трудница носи са собом приликом коришћења здравствене заштите.