

Zdravstvena ustanova: _____

Izabrani liječnik opće/obiteljske medicine: _____

Student/ica _____, OIB _____

s prebivalištem u _____

osobno je pristupio/la zdravstvenom pregledu radi izdavanja liječničke potvrde u svrhu ostvarivanja prava na smještaj u studentskom domu.

Uvidom u osobni zdravstveni karton i po izvršenom pregledu, izabrani liječnik opće/obiteljske medicine izdaje

**LIJEČNIČKU POTVRDU
ZA SMJEŠTAJ U STUDENTSKI DOM**

1. kojom se potvrđuje da osiguranik/ica **NE BOLUJE** od kroničnih nezaraznih bolesti i nema tjelesnih oštećenja organizma
2. kojom se potvrđuje da osiguranik/ica **BOLUJE** od kroničnih nezaraznih bolesti zbog kojih se ne preporuča smještaj u jednokrevetnu sobu:
 - dijabetes tip 1
 - epilepsija
 - bolesti sa sklonošću nesvjestici i vrtoglavici
 - duševne bolesti sa sklonošću suicidu

Napomena liječnika:

U _____

Datum: _____

Liječnik opće/obiteljske medicine

MP