

PRISTUPNICA KLUBU ZDRAVO STARENJE

Osnovni podaci	
Ime	
Prezime	
Datum rođenja	
Opština	
Adresa	
Telefon-fiksni i mobilni	
Drugo lice za kontakt	
Telefon	
E-mail	
Dodatne informacije	
Aktuelno zdravstveno stanje- hronične bolesti, redovna terapija	
Dom zdravlja u kome pacijent ima izabranog lekara	
Dokumentacija	
1. Lična karta	
2. Relevantna medicinska dokumentacija ukoliko je pacijen poseduje	

Mesto i datum:

Potpis:
