

ОБРАЗЕЦ ЗА ПРЕВЕНТИВНО ЗАЛЕВАЊЕ НА ФИСУРИТЕ НА ВТОРИТЕ ТРАЈНИ МОЛАРИ
НА ДЕЦА ОД 11 ДО 13 ГОДИНИ

Име и презиме на пациентот: _____
Матичен број на осигуреникот (ЕМБГ) _____ Број
на картон _____

Активностите за оваа цел се спроведуваат кај 100% од осигурени лица од 11 до 13 годишна возраст и
носи 5% од надоместокот на целите.

Потпис на пациентот односно родителот/старателот (своерачно)

Место и датум на прегледот

Потпис и факсимил на избран лекар

Напомена: Податоците на овој образец се заштитени согласно законските прописи.