

Назив на здравствена установа

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник

**ПОТВРДА  
ЗА ПОТРЕБА ОД ОРТОПЕДСКО ПОМАГАЛО**

На осигуреното лице

Презиме, татково име и име на осигуреното лице

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број

со дијагноза

Шифра

утврдена е потреба од

Назив на помагалото

20\_\_ год.

Место и дата на пропишување

МП

Потпис на лекарот

Дата на важност од \_\_\_\_\_

\*се пополнува само при пропишување на помагала  
за месечно користење