

**Образац 1.**

назив здравствене установе

----- место

-----

изабрани лекар  
(име и презиме, ИД број)

Број здравственог картона: -----

ЈМБГ -----

**ИЗВЕШТАЈ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ФИЗИЧКОГ ЛИЦА  
ЗА ДРЖАЊЕ И НОШЕЊЕ ОРУЖЈА**

...../...../  
име, име једног од родитеља, презиме

датум и место рођења: ..... Г. у

место и адреса становања: ..... бр.....  
улица и број, поштански број

ЛК бр. .... издата од .....

Увидом у здравствени картон и расположиву медицинску документацију, особа је боловала од следећих болести и здравствених проблема:

година..... дијагноза (МКБ 10)..... дужина боловања или лечења.....

узимање лекова.....;

Лечио се у стационарној здравственој установи

да-не, .....године, због дијагноза (МКБ 10) .....

Наведеној особи изабрани сам лекар од .....године.

МП .....

потпис и факсимил изабраног лекара

Датум: