

Obrazac broj 2

**PRIJEDLOG IZABRANOG DOKTORA PRIMARNE
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE, ODNOSNO DOKTORA
SPECIJALISTA, ZA BOLNIČKU MEDICINSKU
REHABILITACIJU**

(Uputiti na Ministarstvo branitelja, Savska cesta 66, Zagreb)

1. PODACI O KORISNIKU

IME, IME JEDNOG RODITELJA, PREZIME	
PODACI O INVALIDNOSTI (postotak oštećenja organizma, stalno/privremeno do kada)	
JMBG/OIB:	
ADRESA STANOVANJA	
TELEFON	

2. PODACI O DOKTORU, PODNOSITELJU PRIJEDLOGA

IME I PREZIME, SPECIJALNOST	
ZDRAVSTVENA USTANOVA	
ADRESA I SJEDIŠTE	
BROJ TELEFONA	

3. PRIJEDLOG ZA BOLNIČKU MEDICINSKU REHABILITACIJU

UPUTNA DIJAGNOZA	
NALAZ I MIŠLJENJE DOKTORA SPECIJALISTA (ime i prezime, specijalnost, datum izdavanja)	
PRIJEDLOG ZA BOLNIČKU ZDRAVSTVENU USTANOVU (naziv i sjedište)	