

## VAŠ LIJEČNIK OPĆE PRAKSE

Ime i prezime liječnika: .....

Broj telefona liječnika: .....

Adresa: .....  
.....  
.....

### LIJEČNIČKO MIŠLJENJE

za osobu zainteresiranu za njegovanje starijih osoba u inozemstvu

Prezime i ime: .....

JMBG/OIB: .....

Prebivalište: .....

---

#### Podnositelj/-ica zahtjeva za liječničko mišljenje je trenutno:

Fizički sposoban/-a njegovati  
stariju osobu 24 sata  da  ne  uz ograničenje\*

Psihički sposoban/-a njegovati  
stariju osobu 24 sata  da  ne  uz ograničenje\*

Boluje od zarazne bolesti  da  ne

Ovisan/-a o alkoholu  da  ne  ne, bio u prošlosti

Ovisan/-a o psihotropnim tvarima  da  ne  ne, bio u prošlosti

Cijepljen/-a svim obveznim vakcinama  da  ne  uz ograničenje\*

Alergičan/a na .....

\* U slučaju da ste označili ovu mogućnost, molimo, navedite o kakvom ograničenju se radi.

Ostale važne informacije/ograničenja:

.....  
Datum/Mjesto

.....  
pečat i potpis liječnika

Potvrda se izdaje za firmu AIW k.s. [k.d.], Sjedište: Šustekova 49, 851 04 Bratislava  
Tel 00421-2-67 20 20 20, Faks 00421-2-67-20-20-22, [aiw@aiw.sk](mailto:aiw@aiw.sk), [www.aiw.sk](http://www.aiw.sk)

Uputa:

Protiv liječničkog mišljenja se može podnijeti žalba, u pisanom obliku, u roku od 15 dana nakon dostave.