

Datum:

PACIJENT

Ime: _____ Prezime: _____ Datum rođ.: _____ M Ž

Adresa: _____

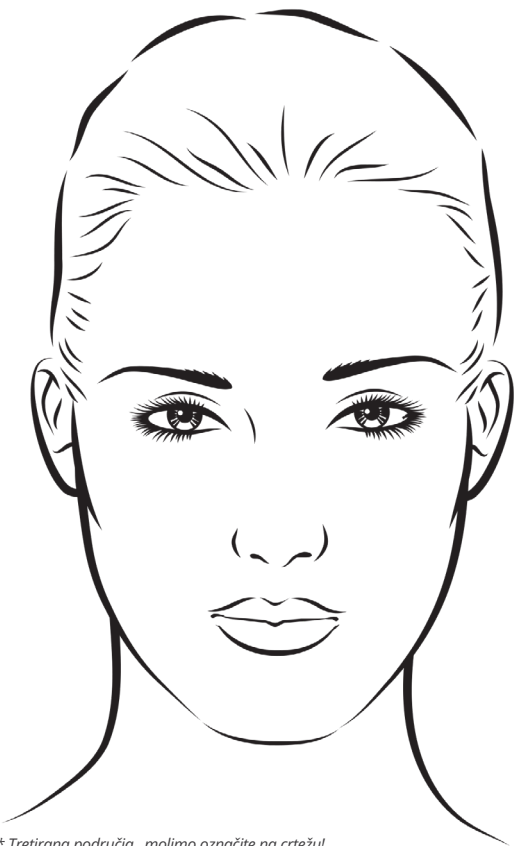
Tel.: _____ E-mail: _____

KLINIKA

Naziv: _____

Liječnik: _____

Tel.: _____ E-mail: _____



* Tretirana područja, molimo označite na crtežu!

TRETMAN

TRETIRANO PODRUČJE	PROIZVOD	VOLUMEN (ml)

SLJEDEĆI TERMIN

ANESTEZIJA

BILJEŠKE