

## PRIJAVA ZA PALIJATIVNU SKRB

ORDINACIJA OBITELJSKE

MEDICINE

IME I PREZIME PACIJENTA: \_\_\_\_\_

ADRESA: \_\_\_\_\_

DIJAGNOZA: \_\_\_\_\_

PROPISANA TERAPIJA: \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

LIJEČNIK: