|  |
| --- |
| OBRAZAC ZA PRIJAVU |

|  |  |
| --- | --- |
| Ime iPrezime | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |
| Datum i mjesto rođenja | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |
| Pol | Muško | Žensko |  |
| Adresa prebivališta | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |
| Grad  | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |
| Kanton | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |
| Broj telefona | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |
| E-mail adresa | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Trenutno Vaše zdravstveno stanje(Kako se osjećate ? ) |  | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |  |
| Gdje ste se dosad liječili? ( u kojim bolnicama ) | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |  |
| Iz koje medicinske specijalizacije trebate drugo mišljenje,pregled,operaciju ili transplantaciju ? | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |  |
| Da li Vam je potrebna financijska pomoć pri finansiranju liječenju ? | DA | NE |
| Da li Vam je neophodna pratnja pri odlasku na liječenju ili samo pretrage za dobijanje drugog mišljenja prije zapoćetog liječenja ? |   DA |  NE |
| Šta očekujete nakon što pošaljete popunjen obrazac ? |  | Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst. |

Obavezno uz popunjeni obrazac priložiti medicinsku dokumentaciju koja se sastoji od :

* Otpusna pisma
* Specijalistički nalazi
* Kopije na CD-u MRI, CT, PETCT ( ne stariji od 6 mjeseci )

Dokumentaciju možete slati :

1. Putem pošte na adresu:

Udruženje Mali ljudi velikog srca

Ul.Hazima Dedića br.33

71300 Visoko

1. Putem e-mail-a :

info@maliljudivelikogsrca.org

Za sve dodatne informacije javite nam se na br. 0603338620

 Datum: Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli datum.

 Svojeručni potpis

 Kliknite ili dodirnite ovdje da biste unijeli tekst.

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­