

(Naziv ovlaštene ugovorne zdravstvene ustanove za obavljanje BMPO)

POTVRDA

da je pacijent primio ili preuzeo lijek/lijekove za stimulaciju ovulacije

Kojom se potvrđuje da je u ovlaštenoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi za obavljanje BMPO

_____,
(Naziv ovlaštene ugovorne zdravstvene ustanove za obavljanje BMPO)

pacijent _____ primio ili preuzeo lijekove za
(ime i prezime pacijenta)

stimulaciju ovulacije _____
(navesti generički i zaštićeni naziv, oblik, jačinu i količinu).

Pacijent je primio ili preuzeo lijekove za stimulaciju ovulacije dana _____
(navesti datum primanja ili preuzimanja lijekova).

Ordinirajući lekar

(potpis i pečat)

Ovlaštena ugovorna zdravstvena
ustanova

(potpis i pečat)

Datum izdavanja potvrde: _____20____. godine