

Zdravstvena ustanova:

LIJEČNIČKA POTVRDA

Pacijent:

OIB: :

Datum rođenja: :

Broj osobne iskaznice: :

Zanimanje: **dijete**

Adresa: :

Boluje od: Q90- Sy Down (NAVESTI DIJAGNOZE)

Potrebno je: i je potrebna intenzivna i sveobuhvatna polivalentna habilitacija i rehabilitacija u centru Pula ugovorna za dob od **1-2 mjesec**
od 1-7 god. života kao i usluga cjelodnevnog boravka/rehabilitacijski dan/.

Mjesto i datum:

SPEC. PEDIJATAR