

| Potpis izvođača | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Drugi razlog | | | | | | | | | | |
| Kontraindikacije (trajnu kontraindikaciju naglasiti) | | | | | | | | | | |
| Nije se odazvao | | | | | | | | | | |
| Datum pozivanja | | | | | | | | | | |

Zdravstvena ustanova

Broj kartona _____

KARTON IMUNIZACIJE

Ime i prezime _____ m-ž

Datum i godina rođenja _____

JMB _____

Prezime i ime jednog roditelja _____

Adresa stanovanja (mjesto, ulica i broj) _____

Škola _____

