

PRILOG I.

MIŠLJENJE IZABRANOG LIJEČNIKA OBITELJSKE/OPĆE MEDICINE

ZDRAVSTVENA USTANOVA – TRGOVAČKO DRUŠTVO

ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE (Pečat)

Šifra zdravstvene ustanove – trgovačkog društva

ordinacije privatne prakse: / / / / / / / / / /

Ime i prezime izabranog liječnika: _____

Šifra izabranog liječnika: / / / / / / / / / /

MIŠLJENJE IZABRANOG LIJEČNIKA OBITELJSKE/OPĆE MEDICINE

Na temelju članka 14. stavka 2. Zakona o nabavi i posjedovanju oružja građana (»Narodne novine«, broj 94/2018), a na traženje:

Ime, prezime: _____ Ime oca/majke: _____

Datum rođenja: / / / / /

OIB / / / / / / / / / / / / / / / /

Prebivalište i adresa stanovanja: _____

izdaje se ovo mišljenje radi zdravstvenog pregleda u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi ili ordinaciji kojim se utvrđuje zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja.

Navedenoj osobi izabrani sam liječnik obiteljske/opće medicine od (godina): _____ godine.

Uvidom u zdravstveni karton i priležeću medicinsku dokumentaciju navedene osobe, koji se nalazi u ovoj ordinaciji, osoba je bolovala od sljedećih bolesti i zdravstvenih problema (godina, dijagnoza, dužina bolovanja ili liječenja, korištenje lijekova ako ih je morala duže vremena redovito uzimati i eventualne trajne posljedice)

U _____, _____ g.

(potpis i faksimil izabranog liječnika obiteljske/opće medicine)