

Pristupnica

IME	
PREZIME	
ADRESA	
TELEFON	
MOBILNI TELEFON	
FAX	
E-MAIL	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
JMBG ILI OIB	
OSTVARENA STRUČNA SPREMA (BEZ ŠKOLE, OSNOVNA ŠKOLA, SREDNJA ŠKOLA, VIŠA ŠKOLA, SVEUČILIŠTE)	
ZVANJE I ZANIMANJE	
RADNI STATUS (ZAPOSLEN/A, NEZAPOSLEN/A, MIROVINA)	
BRAČNI STATUS	
IMAM DJECU	
DIJAGNOZA (PARAPLEGIJA, PARAPAREZA, TETRAPLEGIJA, TETRAPAREZA)	
DATUM OZLJEDE	
UZROK OŠTEĆENJA (PROMET, RAD, SPORT, RAT, DRUGO – ŠTO?)	

! **VAŽNO! MOLIMO VAS DA NAM DOSTAVITE FOTOKOPIJU MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O
DIJAGNOSTICIRANOJ PARAPLEGIJI, TETRAPLEGIJI, PARAPAREZI, TETRAPAREZI ČIJI JE UZROK
S P I N A L N A O Z L J E D A I L I B O L E S T**

U _____ DATUM _____ POTPIS _____