

ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Област здравствене заштите .....

--	--

Место .....  
(седиште)

--	--	--

**О Д Ј А В А**

(врста обољења)

--	--	--

1. Презиме, очево име и име .....

Лични број грађанина .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Број здравственог картона .....

--	--	--	--

3. Пребивалиште (место, улица и број) .....

--	--	--	--

4. Стање при одјави:

Излечен: да — не

--	--

Промена дијагнозе — стање .....

--	--	--	--

Одсељен: место и адреса .....

--	--	--	--

Узрок смрти:

а) болести или стање које је непосредно изазвало смрт . . .

--	--	--	--	--

б) болест или стање (ако их је било) који су претходили узроку смрти . . . . .

--	--	--	--	--

Датум одјаве

Потпис лекара и фансимил

**Напомена:**

Овим образцем се одјављује случај обољења из члана 100. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, број 30/79) када је дошло до оздрављења, промене дијагнозе, пресељења или смрти без обзира на узрок.

