

POTRDILO O UKINITVI MEDICINSKO INDICIRANE DIETE ZA OTROKA

IME IN PRIIMEK OTROKA: _____

Datum rojstva: _____

IME IN PRIIMEK ZDRAVNIKA, ki izda potrdilo: _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA in PODROČJE

DELA: _____

—

UKINITEV DIETE: _____

Datum izdaje potrdila: _____