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:_____ _____

(podpis in žig zdravnika)