

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)

Dokument so pripravili člani Sekcije za pediatrično pulmologijo, alergologijo in klinično imunologijo, Sekcije za gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano ter Sekcije za primarno pediatrijo Zdrženja za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva.