

DEL - 8, Register za tuberkulozo, Golnik 36, 4204 Golnik

POROČILO O OPRAVLJENEM CEPLJENJU S CEPIVOM BCG

CEPIVO: proizvajalec: _____

številka / šifra cepiva: _____

Ustanova: _____

Zdravnik: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Zap. št.	Priimek in ime	Naslov	Datum rojstva	Datum cepljenja	Indikacija 1 TB MATERE	Indikacija 2 PRISELJENI	DRUGO
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>