

Certificate of Health Status and Vaccination History
Potvrda o zdravstvenom stanju i cjepljenom statusu

To be completed in English in capital letters by a holder of this certificate and a licensed physician, validated with their signatures and stamp of the physician and stamp of the institution

Potvrdu ispunjavaju na engleskom jeziku tiskanim slovima osoba koja dobiva potvrdu i licencirani liječnik i potvrđuju svojim potpisima te faksimilom liječnika i pečatom ustanove

Personal data

Osobni podaci

Full name (given and family name, in block letters): _____

Ime i prezime (tiskanim slovima)

Date of birth: ____/____/____
dd/mm/yyyy

Datum rođenja

Passport number: _____, **issued in:** _____

Broj putovnice

mjesto izdavanja

Declaration of health status that confirms and signs a holder of this certificate under material and legal responsibility:
I declare that I do not suffer from chronic diseases (e.g. malignant - cancer, neurological - for example multiple sclerosis, endocrine - for example diabetes, or mental illnesses) that impair my health and ability to work.

Signature of the holder of this certificate: _____

Izjava o zdravstvenom stanju koju izjavljuje i potpisom potvrđuje vlasnik potvrde pod materijalnom i pravnom odgovornošću:
Izjavljujem da ne bolujem od kroničnih bolesti (npr. malignih-rak, neuroloških-na primjer multipla skleroza, endokrinoloških- npr. dijabetes, ili psihičkih bolesti) koje narušavaju moje zdravlje i radnu sposobnost.

Potpis osobe

TO BE FILLED BY A PHYSICIAN

Ispunjava liječnik

Health status data

Podaci o zdravstvenom statusu

Is the person currently being treated for active tuberculosis? Yes No

Liječi li se osoba od aktivne tuberkuloze? DA NE

If Yes, since when and which drugs:

Ako da, navedite otkada i vrsta/naziv lijekova:

Mandatory diagnostics:

Obvezne pretrage

Chest X-ray (not older than 3 months): Date ____/____/____
dd/mm/yyyy

RTG nalaz prsnog koša (ne stariji od tri mjeseca): Datum:

Findings: Normal Abnormal

Nalaz: Uredan Patološki

If abnormal, specify: _____

Specificirati ako je patološki

Stool culture and identification of *Salmonella* Typhi and *S. Paratyphi* A, B, C (not older than 3 months):

Date ____/____/____ **Findings:** Normal Abnormal
dd/mm/yyyy

Nalaz kultivacije stolice i identifikacija na uzročnike *S. typhi* i *S. paratyphi* A, B i C (ne stariji od tri mjeseca):

Datum:

Nalaz: Uredan Patološki

Vaccination status/Cjepni status

Vaccine/ Cjepivo	Total doses received Ukupni broj primljenih doza	Date of last dose (dd/mm/yyyy) Datum primjene zadnje doze
Diphtheria–tetanus-containing vaccine (e.g. TD, Td, DTP, Tdp, DTP-IPV) Cjepivo protiv difterije i tetanusa (npr. TD, Td, DTP, Tdp, DTP-IPV)		
Polioyelitis-containing vaccine (e.g. IPV, bOPV, tOPV, Td-IPV, DTP-IPV-Hib) Cjepivo protiv dječje paralize (npr. IPV, bOPV, tOPV, Td-IPV, DTP-IPV-Hib)		
Measles-containing vaccine (e.g. MR, MMR, MMR-V) Cjepivo koje sadrži komponentu ospica (npr. MR, MMR, MMR-V)		

Certification date: ____/____/_____
dd/mm/yyyy

Datum izdavanja potvrde:

Place (city, province and country) of issuing certificate (block letters):

Mjesto (grad, regija, država) izdavanja potvrde (velikim tiskanim slovima)

<p>Name of physician that confirms data in this certificate (block letters): Ime i prezime liječnika koji je ispunio potvrdu (velikim tiskanim slovima)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Signature and stamp of physician: Potpis i pečat liječnika</p> <p>_____</p>
<p>Name of the health institution (block letters): Naziv zdravstvene ustanove (velikim tiskanim slovima)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Stamp of institution Pečat zdravstvene ustanove</p>