



ИНСТИТУТ ЗА
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ
ВОЈВОДИНЕ

МОЈ ПРВИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
АУТОНОМНА ПОКРАЈИНА ВОЈВОДИНА
ПОКРАЈИНСКА ВЛАДА



Име детета: _____

Име мајке/оца: _____

Презиме детета: _____



Име и презиме (или печат) стоматолога:

Датум заказаног прегледа: _____

Време заказаног прегледа: _____

Телефон за потврду или отказивање: _____



**Први стоматолошки преглед детета
треба обавити у првој години живота.**

