

OBRAZAC 18a
FORM 18a**Certificate of Health Status and Vaccination History**
Potvrda o zdravstvenom stanju i cjepnom 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 podaciFull name (given and family name, in block letters): IME I PREZIME

Ime i prezime (tiskanim slovima)

Date of birth: 01 / 01 / 1996
dd/mm/yyyy

Datum rođenja

Passport number: XY123456, issued in: DRŽAVA, GRAD
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: _____

Akoda, navedite otkada i vrsta/naziv lijekova: _____

Mandatory diagnostics:

Obvezne pretrage

Chest X-ray (not older than 3 months): Date 01 / 07 / 2026
dd/mm/yyyy

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

Findings: ☒ Normal ☐ AbnormalNalaz: ☐ 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 01 / 07 / 2026 Findings: ☒ Normal ☐ Abnormal
dd/mm/yyyyNalaz 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)	5	05/09/1998
Poliomyelitis-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)	5	10/10/1999
Measles-containing vaccine (e.g. MR, MMR, MMR-V) Cjepivo koje sadrži komponentu ospica (npr. MR, MMR, MMR-V)	2	23/03/2002

Certification date: **25 / 07 / 2026**

dd/mm/yyyy

Datum izdavanja potvrde:

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

DRŽAVA, GRAD

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

Name of physician that confirms data in this certificate (block letters): Ime i prezime liječnika koji je ispunio potvrdu (velikim tiskanim slovima) IME I PREZIME LIJEČNIKA	Signature and stamp of physician: Potpis i pečat liječnika 
Name of the health institution (block letters): Naziv zdravstvene ustanove (velikim tiskanim slovima) ZDRAVSTVENA USTANOVA	Stamp of institution Pečat zdravstvene ustanove 