

	POOBLASTILO PACIENTA ZA POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE
---	---

POOBLASTILO PACIENTA

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

pooblaščam

svojega izbranega osebnega zdravnika:

(ime in priimek zdravnika)

da posreduje (obkroži in izpolni):

1. **vso mojo zdravstveno dokumentacijo novo izbranemu zdravniku**
2. **vso mojo zdravstveno dokumentacijo v namen pregleda na Medicini dela prometa in športa**
3. **del moje zdravstvene dokumentacije / fotokopije zdravstvene dokumentacije (ustrezno označite):** _____

v namen: _____

na naslov:

Ambulanta (ime in priimek
zdravnika): _____

Ustanova: _____

Ulica in hišna številka: _____

Poštna številka in kraj: _____

V _____, **dne** _____

Podpis pacienta/ke oz. zakonitega zastopnika: _____

Zdravstveno dokumentacijo se posreduje naslovníku s priporočeno pošto.

POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE UREDIL/-A (izpolni zdravstveni delavec)	
Ime in priimek:	_____
Datum:	_____
Podpis:	_____