

	<b>POOBLASTILO PACIENTA ZA POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE</b>
---	---

**POOBLASTILO PACIENTA**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

***pooblaščajam***

**svojega izbranega osebnega ginekologa:**

\_\_\_\_\_

(ime in priimek zdravnika)

da posreduje (obkroži in izpolni):

1. **vso mojo zdravstveno dokumentacijo novo izbranemu zdravniku**
2. **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:	_____