

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

POOBLASTILO PACIENTA

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

pooblaščaj

izbranega osebnega pediatra:

(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:	_____