

 <p>ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA</p>	POOBLASTILO PACIENTA ZA POSREDOVANJE ZOBOZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE
--	---

POOBLASTILO PACIENTA

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

pooblašcam

izbranega osebnega zobozdravnika:

(ime in priimek zobozdravnika)

da posreduje (obkroži in izpolni):

- 1. vso mojo zobozdravstveno dokumentacijo novo izbranemu zobozdravniku**
- 2. del moje zobozdravstvene dokumentacije / fotokopije zobozdravstvene dokumentacije**

(ustrezno označite): _____

v namen: _____

na naslov:

Ambulanta (ime in priimek
zobozdravnika): _____

Ustanova: _____

Ulica in hišna številka: _____

Poštna številka in kraj: _____

V _____, **dne** _____

Podpis pacienta/ke oz. zakonitega zastopnika: _____

Zobozdravstveno dokumentacijo se posreduje naslovníku s priporočeno pošto.

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