



ZDRAVSTVENI DOM
HRASTNIK

**POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE NOVO IZBRANEMU
ZDRAVNIKU**

P O O B L A S T I L O P A C I E N T A

Podpisani-a
ime in priimek: _____
rojen-a: _____
stanujoč-a: _____

p o o b l a š č a m

svojega dosedanjega izbranega zdravnika:
ime in priimek: _____
ambulanta: _____,

da posreduje vso mojo zdravstveno dokumentacijo novo izbranemu zdravniku na naslov:

Ime in priimek zdravnika-ce: _____
Zdravstveni dom: _____
Ambulanta: _____
Ulica: _____
Poštna številka, kraj: _____

Hrastnik, dne _____

Podpis pacienta-ke: _____

POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE UREDIL-A:

Ime in priimek: _____

Datum: _____

ŽIG

Podpis: _____