


Številka obrazca: OB OPGP01 04	OBRAZEC
Različica: 02	
Stran od strani: 1 od 1	
	POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE NOVO IZBRANEMU ZDRAVNIKU ali ZUNANJI INSTITUCIJI/MDPŠ

Pooblastilo pacienta

Ime in priimek _____

Datum rojstva _____

Naslov _____

Pooblašчам svojega (dosedanjega) izbranega zdravnika (ustrezno obkrožite):

- *Specialist družinske medicine*
- *Specialist pediater*
- *Specialist pulmolog*
- *Specialist diabetolog*
- *Zobozdravnik*

(Obkrožiti pred točko in dopisati)

1. Da posreduje vso mojo zdravstveno dokumentacijo novo izbranemu zdravniku na naslov:

Ime in priimek zdravnika:	
Ambulanta:	
Naslov ambulante:	
Poštna številka in kraj:	
V _____, dne _____.	

2. Da posreduje del zdravstvene dokumentacije (izvidi) _____

v namen _____.

3. Da posreduje mojo zdravstveno dokumentacijo v namen pregleda na MEDICINI DELA PROMETA IN ŠPORTA, na naslov: _____

**Podpis pacienta/ke
oziroma zakonitega zastopnika: _____**

POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE UREDIL/A (izpolni zdravstveni delavec)	
Ime in priimek:	
Enota:	
V _____, dne _____.	