

POSREDOVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE OB ZAMENJAVI ZDRAVNIKA

Na podlagi Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08),

podpisani _____, rojen _____, želim, da se medicinska dokumentacija posreduje

Naslovniku/ novo izbranemu zdravniku na naslov:

Ime in priimek: _____

Naslov: _____ Pošta: _____

Podpis: _____ Dne: _____

OB 6 012 01 04