

Št. zad.: _____

ZAHTEVA ZA VPOGLED OZ. IZDAJO ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

IME IN PRIIMEK:

ROJEN:

 . .

STANUJOČ:

TEL. ŠT./EL. NASLOV
(neobvezno)

Izbrani osebni
zdravnik

Naprošam za dokumentacijo (npr. izvid, kopijo kartoteke od... do...):

Dne:

Podpis:

(izpolni osebje Zdravstvenega doma Novo mesto)
ODOBRITEV FOTOKOPIJ

| | | |
|--------------------|------------|------------|
| Število fotokopij: | A4 kopije: | A3 kopije: |
|--------------------|------------|------------|

Datum: _____

Datum: _____

Datum: _____

Predlagatelj:

Odobritev:

Realiziral:
