

Št. zad.: _____

ZAHTEVA ZA POSREDOVANJE ZDRAVSTVENEGA KARTONA

IME IN PRIIMEK:

ROJEN:

 . .

STANUJOČ:

TEL. ŠT./EL. NASLOV
(neobvezno)

Izbrani osebni
zdravnik

Naprošam, da se moja zdravstveno kartoteko posreduje (obkroži in dopolni)

A) Drugemu izvajalcu zdravstvene dejavnosti zaradi spremembe izbranega osebnega zdravnika/zobozdravnika

B) Medicini dela, prometa in športa zaradi naročenega pregleda

Ime in priimek oz. naziv zdr. ustanove:

Naslov:

Kraj in poštna številka:

Prosimo pišite čitljivo z velikimi tiskanimi črkami

Dne:

Podpis:

(izpolni osebje Zdravstvenega doma Novo mesto)
POSREDOVANJE KARTONA

Zdravstveno kartoteko odposlal _____

(ime in priimek zdr. delavca, ki je odposlal zdravstveno kartoteko)

Dne: _____

Podpis: _____