

POSREDOVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

Podpisani: _____

Rojen: _____

Naslov: _____

Kontakti:

Telefon: _____, GSM: _____,

e-pošta: _____

Želim, da se moja medicinska dokumentacija iz ambulante

v obliki (označi):

- zdravstveni karton
- izpis elektronskega kartona
- fotokopija zdravstvenega kartona
- fotokopija specialističnih izvidov
- fotokopija ostale zdravstven dokumentacije
- drugo: _____

posreduje naslovníku:

Ime in priimek, /podjetje, /zavod _____

Naslov: _____ Pošta: _____

Podpis: _____

Datum: _____

Obrazec pošljite na naslov ambulante, lahko tudi v elektronski obliki.