



ZDRAVSTVENI DOM
KRŠKO

CESTA KRŠKIH ŽRTEV 132C
8270 KRŠKO

POSREDOVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

Podpisani: _____

Rojen: _____

Naslov: _____

Kontakti:

Telefon: _____, GSM: _____,

e-pošta: _____

Želim, da se moja medicinska dokumentacija iz
_____ **ambulante**

v obliki (označi):

- zdravstveni karton
 - fotokopija zdravstvenega kartona
 - fotokopija specialističnih izvidov
 - fotokopija ostale zdravstven dokumentacije
-

posreduje naslovníku:

Ime in priimek, /podjetje, /zavod _____

Naslov: _____ Pošta: _____

Podpis: _____

Datum: _____

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