

ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA – NOVI IZBRANI ZDRAVNIK

Podpisani: _____

Rojen: _____

Stanujoč: _____

... dovoljujem, da se moja zdravstvena dokumentacija posreduje novemu izbranemu zdravniku.....

Prejemnik: _____

Naslov: _____

Kraj; _____

Podpis pacienta:

Datum; _____