

**ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA – VPOGLED**

**Podpisani:** \_\_\_\_\_

**Rojen:** \_\_\_\_\_

**Stanujoč:** \_\_\_\_\_

**... dovoljujem, da se moja zdravstvena dokumentacija posreduje v vpogled.....**

**Prejemnik:** \_\_\_\_\_

**Naslov:** \_\_\_\_\_

**Kraj;**\_\_\_\_\_

**Podpis pacienta:**

**Datum;**\_\_\_\_\_