

**PREVZEM FOTOKOPIJ MEDICINSKE DOKUMENTACIJE
ALI POŠILJANJE KARTONA DRUGEMU IZBRANEMU
GINEKOLOGU**

Zap št. vloge: _____

Podpisan/a: _____

Naslov: _____

EMŠO: _____

KZZ (številka zavarovanja) _____

Telefon/GSM: _____

e-pošta: _____

Želim:

- Fotokopije zdravstvenega kartona št. _____
- Fotokopije specialističnih izvidov z dne _____
- Fotokopije bolnišnične medicinske dokumentacije z dne _____
- Drugo _____

Podpis direktorice: _____

- Da moj karton pošljete:

Zdravniku: _____

Zdravstvena ustanova in naslov: _____

Dokumentacijo želim prevzeti (fotokopije):

- po pošti na zgoraj navedeni naslov
- osebno v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj

Preverjanje identitete pacienta:

- osebna izkaznica
- potni list
- drugo: _____

Dokumentacijo prevzela druga oseba s pooblastilom osebe za katero se dokumentacija izdaja: _____

Oseba, ki je dokumentacijo predala: _____

Skladno z 41. členom Zakona o pacientovih pravicah se materialni stroški zaračunajo.

Kranj, _____

(Podpis)