

GINEKOLOŠKO PORODNIŠKA SLUŽBA

**POOBLASTILO ZA PRENOS ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE ZARADI IZBIRE
DRUGEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA, PREMESTITVE ALI PRESELITVE (GINEKOLOGA)**

(PODATKI O PACIENTU)

Priimek in ime: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Datum podaje prošnje: _____

Spodaj podpisan/a želim, da se mojo:

(ustrezno obkroži)

- pomembno zdravstveno dokumentacijo ginekološkega dispanzerja,
- oziroma vso dokumentacijo ginekološkega dispanzerja tudi tisto, ki ni ocenjena kot pomembna,

po 54. členu Zakonu o zdravniški službi ter po 51. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti prenese k novemu osebnemu zdravniku.

(Navedite točen naziv izvajalca, ulica, kraj, pošta) _____

Označeno dokumentacijo bo Splošna bolnišnica "dr. Franca Derganca" Nova Gorica, Ulica padlih borcev 13A, 5290 Šempeter pri Gorici na podlagi vašega pismenega pooblastila posredovala v originalu zgoraj navedenemu izvajalcu.

Podpis: _____