

ZAPROSILO ZA SEZNANITEV Z ZDRAVSTVENO DOKUMENTACIJO

Podpisani/a _____, roj. _____,

stan. _____,

tel. št.*: _____ (*neobvezno),

prosim za izdajo zdravstvene dokumentacije (fotokopij, DVD), ki je nastala v zvezi z mojo zdravstveno obravnavo v Splošni bolnišnici Novo mesto, v ambulanti /na oddelku _____,

dne _____ / v obdobju od _____ do _____,

(npr. izvid ambulantne obravnave, odpustno pismo, rtg posnetek,) , in sicer (spodaj se navede dokumentacija,

s katero se želite seznaniti):

V/na _____, dne _____

Podpis:
