

POOBLASTILO ZA UREJANJE ADMINISTRATIVNIH ZADEV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

(ime in priimek)

(rojstni datum)

POOBLAŠČAM

(ime in priimek)

da v mojem imenu v ambulanti izbranega osebnega zdravnika ureja administrativne zadeve (kopiranje medicinske dokumentacije, prevzem obrazcev: bolniškega lista, naročilnice za medicinsko tehnične pripomočke, recepta, delovnega naloga, napotnice, zdravniškega potrdila).

Za identifikacijo prilagam osebni dokument:

osebna izkaznica/kartica ZZ/voziško dov./drugo –

št. _____

Datum: _____

Podpis pooblaščenca:

Podpis pooblastitelja: