

# POOBLASTILO ZA PRENOS KARTOTEKE

Navodila za posredovanje zdravstvene dokumentacije



Splošna bolnišnica Trbovlje

## »POOBLASTILO ZA PRENOS KARTOTEKE«

### Pacient:

*Ime in priimek:	
*Naslov:	
*Dat. rojstva:	

Želim, da se prenese moja kartoteka, ki se nahaja v ambulanti:

--

Zaradi menjave izbranega zdravnika, pooblaščam Splošno bolnišnico Trbovlje za prenos svoje kartoteke novemu izbranemu zdravniku:

*Izbrani zdravnik v SBT:	
*Novi zdravstveni zavod:	
Naslov:	
Novi izbrani zdravnik:	

Kraj: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta: \_\_\_\_\_

## IZPOLNI ZDRAVSTVENO OSEBJE SBT

Prenos kartoteke odobril in odredil predstojnik oddelka oz. lečeči zdravnik:

\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
(ime in priimek, podpis)

Dokumentacijo poslal novemu izbranemu zdravniku:

\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
(ime in priimek, podpis)

\*Obvezno izpolnjena polja