
Medicina Iljaž d.o.o.

Bizeljska cesta 104,
8259 Bizeljsko



☎ : 07/4991-468

fax: 07/4991-473

e-mail: rade.iljaz@iljaz.si

AMB.: Černelčeva 8, 8250 Brežice

IZJAVA

Podpisani _____ ,
roj. _____
stanujoč

izjavljam, da soglašam, da se zaradi potrebe po pregledu s strani
zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) moja
medicinska dokumentacija in zdravstveni karton posreduje v ambulanto

S svojim podpisom potrjujem da sem dne _____
v ambulanti izbranega zdravnika v zaprti pisemski ovojnici prejel svoj
zdravstveni karton, ki ga moram posredovati pooblaščenemu zdravniku
MDPŠ .

Seznanjem sem, da je odpiranje kartona in uporaba v druge namene
razen pregleda pri specialistu MDPŠ protizakonito.

Podpis izbranega zdravnika
oz. pristojne osebe v
Medicina Iljaž d.o.o.

Podpis pacienta:

Brežice, dne _____

Medicina Iljaž d.o.o.

*Bizeljska cesta 104,
8259 Bizeljsko*



☎ : 07/4991-468

fax: 07/4991-473

e-mail: rade.iljaz@iljaz.si

AMB.: Černelčeva 8, 8250 Brežice
