



## S O G L A S J E

### za posredovanje osebnih zdravstvenih podatkov iz zdravstvene kartoteke izbranega osebnega zdravnika tretjim osebam

Podpisani \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_,  
stanujoč \_\_\_\_\_

soglašam, da se moji osebni zdravstveni podatki iz kartoteke izbranega osebnega zdravnika lahko posredujejo ustno/pisno (obkrožiti ustrezno) naslednjim tretjim osebam :

1. \_\_\_\_\_ (razmerje do pacienta)
2. \_\_\_\_\_ (razmerje do pacienta)
3. \_\_\_\_\_ (razmerje do pacienta)

Lahko se posredujejo naslednji zdravstveni podatki:

- a) vsi zdravstveni podatki
- b) le \_\_\_\_\_ (našteti)

Podpis pacienta oz. skrbnika

Brežice, dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_