



**PRIVOLITEV
ZA POSREDOVANJE PODATKOV IZ ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE OTROKA**

Spodaj podpisani/a mati, oče, skrbnik oz. zakoniti zastopnik _____
(obkrožite, napišite ime in priimek)

otroka _____, rojenega _____,
(ime in priimek)

stanujočega _____,

dajem privolitev, da se naslednjim osebam

• Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Datum rojstva: _____ Tel. številka: _____

• Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Datum rojstva: _____ Tel. številka: _____

posreduje naslednjo dokumentacijo v zvezi z obravnavo otroka:

- Izvide specialističnih pregledov
- Laboratorijske izvide
- Recepte, napotnice, delovne naloge, naročilnice za medicinske pripomočke
- Bolniške liste
- Potrdila za vrtec oz. šolo
- Potrdila za operativni poseg

Privolitev iz tega obrazca velja do preklica.

V Ljubljani, dne: _____

(podpis starša / skrbnika)