



Na podlagi 54. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17 in 64/17 – ZZDej-K)

spodaj podpisani/-a _____,
(ime in priimek pacienta, starša/skrbnika) (datum rojstva)

POOBLAŠČAM

izbranega osebnega zdravnika / zobozdravnika _____,
(ime in priimek zdravnika/zobozdravnika)

da posreduje (označite):

☐ mojo zdravstveno dokumentacijo

☐ zdravstveno dokumentacijo otroka _____
(ime in priimek otroka, datum rojstva)

z vsemi izvidi (karton) novo izbranemu zdravniku / zobozdravniku:

(ime in priimek zdravnika / zobozdravnika, naslov)

V _____, dne _____
(podpis pacienta, starša/skrbnika)

www.zd-lj.si

OBR 260_Posredovanje zdravstvene dokumentacije novo izbranemu zdravniku_Verzija 5_Veljavno od 11.03.2026



Na podlagi 54. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17 in 64/17 – ZZDej-K)

spodaj podpisani/-a _____,
(ime in priimek pacienta, starša/skrbnika) (datum rojstva)

POOBLAŠČAM

izbranega osebnega zdravnika / zobozdravnika _____,
(ime in priimek zdravnika/zobozdravnika)

da posreduje (označite):

☐ mojo zdravstveno dokumentacijo

☐ zdravstveno dokumentacijo otroka _____
(ime in priimek otroka, datum rojstva)

z vsemi izvidi (karton) novo izbranemu zdravniku / zobozdravniku:

(ime in priimek zdravnika / zobozdravnika, naslov)

V _____, dne _____
(podpis pacienta, starša/skrbnika)

www.zd-lj.si

OBR 260_Posredovanje zdravstvene dokumentacije novo izbranemu zdravniku_Verzija 5_Veljavno od 11.03.2026