

## **POOBLASTILO ZA PREVZEM LABORATORIJSKEGA IZVIDA (Antikoagulantna ambulanta)**

Spodaj podpisani (ime in priimek pacienta) \_\_\_\_\_

rojen \_\_\_\_\_, stanujoč \_\_\_\_\_

pooblaščam (ime in priimek pooblaščenca) \_\_\_\_\_

za dvig laboratorijskega izvida v Antikoagulantni ambulanti. Pooblastilo velja do preklica.

Kraj in datum:

Podpis pacienta:

Podpis pooblaščenca:

Prosimo, da si naredite kopijo pooblastila in ga oddate zaposlenemu na triaži v Zdravstvenem domu Slovenska Bistrica. Original pa morate imeti s seboj vsakič ob prevzemu izvida v Antikoagulantni ambulanti.

OB 244