

Oddelek za psihiatrijo
Ob železnici 30
2000 Maribor
Tel.: 02 321 11 33

OBRAZEC O SPREJEMU NA ZDRAVLJENJE NA ENOTO POD POSEBNIM NADZOROM

O
B
K
R
O
Ž
I

■ [REDACTED]
■ [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
■ [REDACTED]
[REDACTED]

I. in II., III

PODATKI O PACIENTU:

SPREJEMNI ZDRAVNIK:

Nalepka pacienta

Ime in priimek

Šifra

Podpis

Datum in ura sprejema:

Naslov pacienta

[REDACTED]

■

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] telefon

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

II.b.

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Podpis in stampiljka sprejemnega zdravnika: _____

.....

[Redacted]

[Redacted]