

Oddelek za psihiatrijo
Ob Železnici 30
2000 Maribor
tel.: 02 321 11 33

**OBVESTILO O SPREJEMU
(PREMESTITVI) PACIENTA NA
ZDRAVLJENJE V ENOTO POD
POSEBNIM NADZOROM BREZ
PRIVOLITVE**

Priimek in ime osebe

Naslov osebe, ki ji obvestilo pošiljamo:

O
b
k
r
o
ž
i

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

Nalepka pacienta

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Datum: _____

Ura: _____

Osebno ime sprejemnega zdravnika

šifra

šampiljka in podpis

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]