

Dogodek, ki nam ga želite predstaviti, se je zgodil:

Dne: \_\_\_\_\_ ob \_\_\_\_\_ (uri)

Ambulanta / zdravnik:

---

Zdravnik / sestra / druga oseba, na katero se Vaše mnenje nanaša:

---

Opis dogodka, posledic, predloga, pobude ...

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vaš osebni zdravnik je:

---

Ime in priimek:

---

Naslov:

---

Podpis: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_