



OBRAZEC

**PISNA INFORMACIJA O PREDVIDENIH STROŠKIH
ZDRAVSTVENIH STORITEV**

Ime in priimek pacienta/pregledovanca: _____

Ambulanta: MDPŠ

Vrsta pregleda: KONTROLNI ZDRAVSTVENI PREGLED VOZNIKA

Skupina vozil: 1. skupina vozil kamor spadajo AM, B, B1, F, G, BE, A, A1, A2

Prekršek: ALKOHOL

Predvidena/ocenjena vrednost zdravstvenih storitev, po katerih pacient povprašuje, znaša:

Zdravstvena storitev	Količina	Cena na enoto (v eur)	Vrednost storitve (v eur)
Pregled z izdajo spričevala	1	229,87	229,87
Skupaj			229,87

S podpisom zgoraj navedeni pacient izjavlja, da je pisno seznanjen s predvidenimi stroški zdravstvenih storitev.

Cena storitve se lahko zaradi dodatnih preiskav o katerih odloča zdravnik spremeni.

Dne: _____

Podpis pacienta: _____

Aristotel zdravstveni center, d.o.o.
Darja Čakar, direktorica