Krajský úřad Zlínského kraje

 Odbor zdravotnictví

 tř. Tomáše Bati 21

 761 90 Zlín

Žádost poskytovatele zdravotních služeb

o předání zdravotnické dokumentace

Žádáme o předání zdravotnické dokumentace, uložené na Krajském úřadě Zlínského kraje, která byla

vedena u:

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..

adresa místa provozování: ………………………………………………………………………………………………………….

Jméno a příjmení pacienta: ………………………………………………………………………………………………………….

datum narození pacienta: ……………………………………………………………………………………………………………

adresa pacienta : ………………………………………………………………………………………………………………………..

telefon1:……………………………………………………………………………………………………………………………………..

e-mailová adresa1: ……………………………………………………………………………………………………………………..

Poskytovatel zdravotních služeb, kterého si pacient zvolil/la: …………………………………………………………

adresa místa provozování:……………………………………………………………………………………………………………

**K žádosti je nutné přiložit2**

* souhlas pacienta o provedené volbě (podpis pacienta nebo zákonného zástupce): …………………………

nebo

* kopii registračního listu s podpisem pacienta nebo zákonného zástupce

Podpis lékaře včetně razítka: ……………………………………………………………….

1nepovinný údaj

2vyberte jednu z uvedených možností