Krajský úřad Královéhradeckého kraje

Odbor zdravotnictví

Pivovarské náměstí 1245

500 03 HRADEC KRÁLOVÉ

ID: gcgbp3q

**Žádost zasílejte poštou nebo prostřednictvím Vaší datové schránky.**

**Žádost nelze zaslat e-mailem bez zaručeného elektronického podpisu**

**Žádost o předání zdravotnické dokumentace – žádá poskytovatel**

Na základě přijetí pacienta

**Jméno a příjmení:** …………………………………………………………………………………..

Datum narození: ………………………………………………………………………………………………………….

Trvalý pobyt: ………………………………………………………………………………………………………….

do své péče, prosím o zaslání zdravotnické dokumentace,

uložené na Krajském úřadě Královéhradeckého kraje, která byla vedena:

**MUDr.** ……………………………………………………………………........................................... (případně název společnosti)

v místě poskytování na adrese: ……………………………………………………………………………………………………………

mně, jako poskytovateli zdravotních služeb, kterého si nově zvolil(a):

**MUDr.** …………………………………………………………………………………………………... (případně název společnosti)

Adresa místa provozování:

……………………………………………………………………………………………………………

Pan/paní (zákonný zástupce) ……………………………………………………… s předáním zdravotnické dokumentace souhlasí

**Podpis pacienta nebo zákonného zástupce …………………………….………………………**

V …………………………………….. dne ………………………

…………………………………………………………………..

**Podpis žadatele (poskytovatele zdravotních služeb)**