

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:

Název společnosti (MUDr.).....

ambulance (obor zdravotní péče).....

v místě poskytování na adrese:.....

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

Název společnosti (MUDr.).....

Adresa místa provozování:

.....

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

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

V dne

.....
Podpis žadatele (poskytovatele zdravotních služeb)