Krajský úřad Moravskoslezského kraje

Odbor zdravotnictví

28. října 2771/117

702 00 Ostrava

Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

Žádost pacienta o předání zdravotnické dokumentace

Žádám o předání mé zdravotnické dokumentace, uložené na Krajském úřadě Moravskoslezského kraje,

která byla vedena u poskytovatele zdr. služeb:

název, jméno a příjmení ………………………………………………………………………………………..

okres, ve kterém sídlila ambulance ………………………………………………………………………………………..

poskytovateli zdr. služeb, kterého jsem si zvolil(a):

název, jméno a příjmení ……………………………………………………………………………………………………

adresa místa poskytování ……………………………………………………………………………………………………

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

Jméno a příjmení pacienta ……………………………………………………………………………………………………

Datum narození ……………………………………………………………………………………………………

Místo pobytu ……………………………………………………………………………………………………

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

Telefon, email ……………………………………………………………………………………………………

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

V ……………………………………… dne …………………………….

Podpis pacienta, příp. zákonného zástupce: ……………………………………………………………….