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.**

Žadatel (pacient) může žádost o předání zdravotnické dokumentace jinému poskytovateli zdravotních služeb podat krajskému úřadu e-mailem se zaručeným elektronickým podpisem, prostřednictvím Vaší datové schránky nebo ji může zaslat v listinné podobě poštou či osobně podat na podatelně krajského úřadu.

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

Žádám o zaslání mé zdravotnické dokumentace, uložené na Krajském úřadě Královéhradeckého kraje, která byla vedena:

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

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

 …………………………………………………………..

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

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

Adresa místa provozování: ………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………….

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

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

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

Telefon: ……………………………………………………………………………………….

V …………………………………….. dne ………………………

…………………………………………………………………..

Podpis žadatele (nebo zákonného zástupce)