



KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví

Žádost o předání zdravotnické dokumentace novému poskytovateli

dle § 57 odst. 3, písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(zákon o zdravotních službách)

Žadatel: **pacient** **zvolený poskytovatel**

Pacient:

Jméno, příjmení:

Rodné číslo nebo datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec.....část obce:

ulice:.....č.p./č.o.:.....PSČ:.....

telefon:e-mail:.....

Bývalý poskytovatel zdravotních služeb (lékař):

Název:

Místo poskytování: obec:.....

ulice:.....č.p./č.o.:.....PSČ:.....

OBOR:

Zvolený poskytovatel zdravotních služeb (lékař):

Název:

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

obec:.....část obce:.....

ulice:.....č.p./č.o.:.....PSČ:.....

Písemné vyjádření pacienta o provedené volbě, žádá-li zvolený poskytovatel:

souhlasím

nesouhlasím

Dne: podpis žadatele:

T +420 485 226 377 E podatelna@kraj-lbc.cz