

## Žádost o předání zdravotnické dokumentace - lékař

Žádám o předání zdravotnické dokumentace, uložené na Krajském úřadě Královéhradeckého kraje,

kteřá byla vedena **MUDr.** .....

ambulance (obor zdravotní péče): .....

v místě provozování na adrese: .....

Jedná se o tyto pacienty, které jsem převzal(a) do lékařské péče:

<u>Příjmení</u>	<u>Jméno</u>	<u>Datum narození</u>	<u>Trvalý pobyt</u>	<u>Souhlas pacienta (podpis)</u>
-----------------	--------------	-----------------------	---------------------	----------------------------------

Souhlas pacienta v souladu s § 57 odst. 3 písmeno d) zákona 372/2011 Sb.: Výše uvedení pacienti souhlasí s předáním zdravotnické dokumentace, která je vedena o jejich osobě, v oboru ..... a je uložena na Krajském úřadě Královéhradeckého kraje, z důvodu zániku poskytovatele zdravotních služeb MUDr. ...., a zajištění pokračování zdravotní péče o jejich osobu, což potvrzují svým podpisem na této žádosti.

V ..... dne .....

**MUDr.** .....

podpis žadatele .....

adresa místa provozování:

Telefon (uvádějte vždy):

e-mail:

---

VYPLNĚNOU ŽÁDOST MŮŽETE NASKENOVAT DO EMAILU [posta@khk.cz](mailto:posta@khk.cz)

1



---

Krajský úřad Královéhradeckého kraje, oddělení zdravotnictví, Pivovarské náměstí 1245, 500 03  
Hradec Králové, tel. 495 817 505

e-mail: [posta@khk.cz](mailto:posta@khk.cz)