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

Liberecký kraj | Datová schránka: c5kbvkw | **IČO** 70891508

U Jezu 642/2a, 461 80 Liberec 2 | www.kraj-lbc.cz | **DIČ** CZ70891508