



Žádost o poskytnutí kopie zdravotnické dokumentace

Žadatel:

Jméno: _____

Příjmení: _____

Narozen: _____

Bydliště: _____

Číslo OP: _____

Telefon: _____

V souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách žádám , aby mi Vaše zdravotnické zařízení poskytlo kopie veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě v souvislosti s

.....
.....

kopie si vyzvednu osobně

kopie zašlete na adresu _____

souhlasím s finanční úhradou

vlastnoruční podpis žadatele (zplnomocněnce):

Předáno dne:

Podpis předávajícího:

Podpis přebírajícího: