KRAJSKÝ ÚŘAD KRAJE VYSOČINA

Odbor zdravotnictví

Žižkova 57, 587 33 Jihlava, Česká republika

tel.: 564 602 450, e-mail: posta@kr-vysocina.cz

**Věc: Předání zdravotnické dokumentace**

Žádám o předání své zdravotnické dokumentace od MUDr. ……………………………..

k MUDr. ………………………………………………………………………………………..,

PSČ ………………………….

Jméno, příjmení pacienta: ............................................................................................

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

Adresa místa trvalého pobytu pacienta: .......................................................................

Kontaktní telefon: …………………………………………………………………………….

Místo hlášeného pobytu na území ČR, popřípadě adresa bydliště mimo území ČR, je-li pacientem cizinec: …………………………………………………………………………………….

……………………………………………

 Podpis pacienta

V …………………………………. dne ……………………………………

……………………………………………

 Podpis ošetřujícího lékaře

Objednán(a) na: