



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 +420 485 226 544 E zdravotnictvi@kraj-lbc.cz