Krajský úřad Zlínského kraje

 Odbor zdravotnictví

 tř. Tomáše Bati 21

 761 90 Zlín

Žádost o výpis nebo kopie ze zdravotnické dokumentace

Žádám o předání výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace, uložené na Krajském úřadě Zlínského kraje, která byla vedena u *(název a adresa poskytovatele zdravotních služeb, u kterého byl pacient registrován)*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Poskytovatel zdravotních služeb, kterého jsem si zvolil/la:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresa místa provozování: …………………………………………………………………………………………………………..

Jméno a příjmení žadatele:…………………………………………………………………………………………………………..

datum narození : ……………………………………………………………………………………………………………………….

trvalý pobyt:………………………………………………………………………………………………………………………………

telefon\*:……………………………………………………………………………………………………………………………………

e-mailová adresa\*:……………………………………………………………………………………………………………………

V ……………………………………… dne …………………………….

Podpis žadatele, popřípadě zákonného zástupce: ……………………………………………………………….

\*nepovinný údaj