**KRAJSKÝ ÚŘAD KRAJE VYSOČINA**

**Odbor zdravotnictví**

**Žižkova 57, 587 33 Jihlava, Česká republika**

**Věc: Zaslání zdravotnické dokumentace**

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

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