

**ŽÁDOST O PŘEDÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE,  
v souladu s § 57 odst. 3 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách  
a podmínkách jejich poskytování**

**Žádá:**

**Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, eventuálně telefonní číslo nebo e-mail, osob(y)  
jejíž zdravotnická dokumentace má být předána:**

---

---

---

---

---

**Jméno bývalého poskytovatele zdravotních služeb:**

---

---

**Jméno a adresu nově zvoleného poskytovatele zdravotních služeb:**

---

---

Datum:

Podpis žadatele: