

MUDr. Silvia Šuba, Praktický lékař pro děti a dorost  
Svobody 520/03  
35002 Cheb

### **Žádost o pořízení výpisů ze zdravotnické dokumentace**

Já.....narozen/a:.....

Bytem:.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Žádám o výpis ze zdravotnické dokumentace.

Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením požadovaného výpisu dle aktuálního ceníku placených služeb platných pro výše uvedenou ordinaci. Beru na vědomí, že výpis ze zdravotnické dokumentace mně budou vydány až po zaplacení uvedených nákladů.

Dle §42a písm. 2 zákona č. 373/2011Sb o specifických zdravotních službách vydá registrující poskytovatel výpis nejdéle do 10 pracovních dnů ode dne obdržení žádosti.

V.....dne:.....

Podpis žadatele:.....