**ŽÁDOST o zaslání zdravotnické dokumentace (pacient)**

1) Předchozí poskytovatel zdravotních služeb:

Jméno a příjmení/název: MUDr. Eva Hošnová, PLDD  
Adresa: VEVERSKÁ BÍTÝŠKA

2) Nově zvolený poskytovatel zdravotních služeb (razítko):

Jméno a příjmení/název:   
Adresa:

3) Žadatel (dítě):

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Telefon nebo email:

V Dne:

…………………………………………………

Podpis zákonného zástupce /

žadatele

Vyplněné žádosti a registrační lístek prosím zasílejte na adresu:

Krajský úřad Jihomoravského kraje

Odbor zdravotnictví

Žerotínovo náměstí 3, 601 82 Brno

(Vyplněnou a naskenovanou žádost včetně registračního lístku lze také odeslat emailem na   
adresu: [posta@kr-jihomoravsky.cz](mailto:posta@kr-jihomoravsky.cz))

**Poučení o zpracování osobních údajů**

Veškeré poskytnuté osobní údaje bude správce (Jihomoravský kraj, Žerotínovo nám. 449/3, 601 82 Brno, IČO: 70888337) zpracovávat v souladu s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů (dále jen „obecné nařízení“) pro účely vyřízení žádosti o předání zdravotnické dokumentace. Právním základem pro toto zpracování je ustanovení § 57 odst. 3 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Údaje nebudou poskytnuty třetím osobám a budou u správce uchovány po dobu nezbytnou k vyřízení žádosti. Subjekt údajů má v čl. 15 – čl. 21 obecného nařízení garantována svá práva, která může uplatňovat u správce. Subjekt údajů má také právo podat stížnost u dozorového orgánu.