**Krajský úřad Karlovarského kraje, odbor zdravotnictví**

**Závodní 353/88**

**Dvory**

**360 06 Karlovy Vary**

**Písemný souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace pro Krajský úřad Karlovarského kraje, odbor zdravotnictví**

Tímto dávám krajskému úřadu písemný souhlas k přístupu a nahlížení do mé zdravotnické dokumentace (či do zdravotnické dokumentace osoby blízké), či jako osoba zmocněná, oprávněná dávám souhlas ke zdravotnické dokumentaci pacienta – jméno, datum narození) jako doplnění stížnosti na poskytovatele zdravotních služeb….XY v souladu se zákonem o zdravotních službách.

V Karlových Varech dne………… podpis ……………………..

Jméno, příjmení a adresa stěžovatele

Příloha: Pokud souhlas dává osoba blízká či pacientem zmocněná – souhlas od pacienta ke zmocnění dané osoby