



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

ŽÁDOST O PŘEDÁNÍ ZDRAVOTNÍCH INFORMACÍ

Adresát:

.....

.....

Dne:

Vážený(á) pane(i) doktore(-ko),

dne jsem převzal do své péče a provedl registraci pojištěnce
..... s číslem průkazu Žádám vás jako
předchozího registrujícího lékaře o zaslání informací potřebných k zajištění návaznosti zdravotní péče.

Požadované informace zašlete, prosím, na adresu:

.....

.....

.....

S pozdravem

Razítko a podpis