# 

# DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Podľa zákona č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení zákonov znení neskorších predpisov/ďalej len ,,zákon č 576/2004,,

**ja dolupodpísaný/á**

Priezvisko.................................................Meno...........................................Titul......................................

Rodné číslo.................................................................................................................................................

Telefón: ......................................................................................................................................................

Trvalý pobyt:...............................................................................................................................................

Poistenec: VŠZP UNION DÔVERA

**Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom ZS:**

**Praktická a estetická medicína s.r.o, so sídlom A. Mamateya 667/5A Kláštor pod Znievom 038 43 v zastúpení**

**MUDr. Ingrid Štefankovou (všeobecný lekár pre dospelých)**

**so sídlom ambulancie ul . Dr. M. Korauša 209, Kláštor pod Znievom 038 43.**

.................................. ........................................................ …………………………….

Dátum podpis osoby /zákonného zástupcu/ podpis a pečiatka lekára



# ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko....................................................................................Meno.......................................

Rodné číslo..................................................................................................................................

V súlade s § 12 ods.9 zákona č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení zákonov znení neskorších predpisov týmto

# odstupujem

od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom:

......................................................................................................................................................

/meno doterajšieho lekára pre dospelých/

......................................................................................................................................................

/adresa doterajšieho všeobecného lekára pre

dospelých /ambulancie/ /

................................... .....................................................................

dátum podpis osoby odstupujúcej od dohody



**ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE**

/z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti/

V súlade s §23 zákona zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení zákonov znení neskorších predpisov, žiadam o odovzdanie zdravotnej dokumentácie /alebo jej rovnopisu/ dole uvedeného poistenca na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

Priezvisko........................................................Meno........................................................

Titul............................... Rodné číslo............................................................................ Kód zdravotnej poisťovne....................................................

........................... ................................................. .......................................

Dátum podpis osoby /zákonného zástupcu/ lekár