

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

uzatvorená podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004“)

Priezvisko Meno Titul

Rodné číslo Kód zdravotnej poisťovne

E-mail Telefón

Trvalý pobyt

Prechodný pobyt

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s DIAGMED s.r.o., Mlynská 26, 040 01 Košice, v zastúpení: MUDr. Diana Baranová, konateľ s miestom výkonu:

Mlynská 26, 040 01 Košice

.....
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 niektorých zákonov v znení neskorších predpisov týmto

odstupujem

od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom

.....
(meno doterajšieho všeobecného 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 SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, **žiadam o odovzdanie zdravotnej dokumentácie / alebo jej rovnopisu /** dole uvedeného poisťenca na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

Priezvisko Meno

Rodné číslo Kód zdravotnej poisťovne

.....
Dátum

.....
Podpis poisťenca

.....
Podpis a pečiatka lekára