

## 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,,

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

Rodné číslo.....

Kód zdravotnej poisťovne.....

Email .....

Telefón.....

Trvalý pobyt.....

**Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**EL Medica s.r.o., so sídlom Dunajská 4, Bratislava 811 08 v zastúpení MUDr. Danica Bezáková  
všeobecný lekár pre dospelých s miestom výkonu: Dunajská 4, Bratislava 811 08.**

.....

.....

.....

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/

podpis a pečiatka lekára