

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 zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov týmto

odstupujem

od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom (meno a adresa doterajšieho všeobecného lekára pre dospelých)

.....
.....

Dátum..... Podpis poistenca.....

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

V súlade s §23 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, Vás

žiadame o odovzdanie zdravotnej dokumentácie (alebo jej rovnopis) poistenca

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

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

ktorý uzavrel dňa..... novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadam doručiť na adresu uvedenú dole poštou do siedmich dní od doručenia tejto žiadosti.

Priezvisko, meno nového lekára.....

Adresa ambulancie:.....

.....

Telefónne číslo ambulancie.....

Dátum..... Podpis a pečiatka lekára.....