



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
 Mobil E-mail
 Trvalý pobyt

Uzavíram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s MEDANTE Clinic, s.r.o. so sídlom Podpriehradná 3A, 821 07 Bratislava, v zastúpení: Ing. Michal Andrejco, konateľ a MUDr. Zuzana Pitoňáková, všeobecný lekár.

.....
 Dátum Podpis poistenca 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 poistenca odstupujúceho 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 poistenca na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

Priezvisko Meno
 Rodné číslo Kód zdravotnej poisťovne

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