

# 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 Praxismed s.r.o., sídlo Janka Kráľa 82, 949 01 Nitra, v zastúpení MUDr. Mariana Sasin Wagnerová-konateľ.

s miestom výkonu: Štúrova 38, 949 01 Nitra.

.....  
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 odovzдание 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