

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

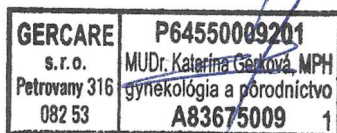
Telefón Trvalý pobyt

Prechodný pobyt

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s MUDr. Katarínou Gerkovou, MPH, gynekológ a pôrodník, s miestom výkonu Zdravotné stredisko Petrovany, Petrovany 316, 08253.

Dátum Podpis osoby (zákonného zástupcu)

Podpis a pečiatka lekára



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

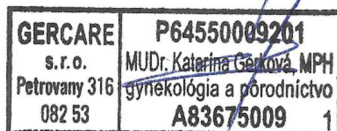
Telefón Trvalý pobyt

Prechodný pobyt

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s MUDr. Katarínou Gerkovou, MPH, gynekológ a pôrodník, s miestom výkonu Zdravotné stredisko Petrovany, Petrovany 316, 08253.

Dátum Podpis osoby (zákonného zástupcu)

Podpis a pečiatka lekára



ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

PriezviskoMeno

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 lekára)

adresa doterajšieho lekára/ambulancia.
.....

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 poistenca na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

Priezvisko

Meno Rodné číslo

Kód zdravotnej poisťovne

Dátum

Podpis poistenca

Podpis a pečiatka lekára

