

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 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 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.....