

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
(MUDr. Miroslava Palonder Sopková, všeobecný lekár pre deti a dorast)

Dátum:

Podpis zákonného zástupcu 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 odovzдание 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: