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 zákonov znení neskorších predpisov týmto

Odstupujem

Od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom.

...../meno doterajšieho lekára/

.....
...../adresa doterajšieho lekára/

..... …….....
dátum podpis zákonného zástupcu

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE
/z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti/

V súlade s §23 zákona zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení zákonov 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.....

ktorý uzavrel novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá je platná od .....

Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadam doručiť ambulancii
PEDIATRIA EMS s.r.o. – MUDr. Katarína Tóthová, na adresu: **Kráľová pri Senci 327, 90050 Kráľová pri Senci**, prípadne po dohode s uvedeným poskytovateľom osobne ku dňu nadobudnutia platnosti novej dohody.

....

dátum podpis zákonného zástupcu podpis a pečiatka lekára