A

Odstúpenie od dohody
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dolupodpísaný zákonný zástupca dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa :.....
Rodné číslo dieťaťa: :.....
Bydlisko dieťaťa: :.....
Poisťovňa dieťaťa: :.....

v súlade s §12 zákona SR č. 576/2004 z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

odstupujem

týmto od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

uviesť meno predchádzajúceho lekára adresu

Dňa: podpis poistenca .....

_____
§12 zákona SR č. 576/2004 z.z
Dohoda o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti zaniká smrťou osoby, smrťou alebo zánikom poskytovateľa alebo uplynutím výpovednej lehoty pri odstúpení od dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo doručené písomné odstúpenie od dohody.

B

Žiadosť o odovzdanie zdravotnej dokumentácie
/z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti/

Dolupodpísaná MUDr. Monika KORČOKOVÁ, Ambulancia pre deti a dorast Žerotínova bašta 10, 940 01 Nové Zámky

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 a to od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

uviesť meno predchádzajúceho lekára adresu

Uvedené žiadam z **dôvodu uzatvorenia novej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti** s poistencom v našom zdravotnom zariadení dňa

Dolupodpísaný zákonný zástupca dieťaťa
Meno a priezvisko dieťaťa :.....
Rodné číslo dieťaťa :.....
Bydlisko dieťaťa :.....
Poisťovňa dieťaťa:.....

podpis zákonného zástupcu dieťaťa.....

Dňa: podpis poskytovateľa.....

_____
§23 zákona SR č. 576/2004 z.z
Pri zmene poskytovateľa a to z dôvodu odstúpenia od dohody o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľov, s ktorým osoba uzatvorila dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

C

pre ošetrujúceho lekára

* nehodiace sa preškrtnúť
* vyplniť iba v prípade prechodného pobytu

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Kód poisťovne ……

praktický lekár pre dospelých	~~praktický lekár pre deti~~	gynekológ	stomatológ

POISTENEC
poistenec ……
rodné číslo ……/……..
trvalý pobyt ……
prechodný pobyt*** ……

Uzavieram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

S MUDr. Monika Korčoková č. tel. 0917 221 510
so sídlom Žerotínova bašta 10, Nové Zámky 940 01 od dátumu …….

Mojim predchádzajúcim lekárom bol v mieste trvalého* - prechodného* pobytu
MUDr……č.tel.:……
so sídlom……..od dátumu: ……

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom.

V…….Dátum:…….
Podpis poistenca (zákonného zástupcu):

LEKÁR
Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára: Kód ambulancie:

☐☐ ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐ P ☐☐☐☐

Dátum: Pečiatka a podpis lekára:

Vytlačiť
1. Vyplniť A,B,C
2. Podpísať a poslať poštou alebo
3. Oskenovať a poslať mailom

Adresa: Pedam, s.r.o. Žerotínova bašta 10, Nové Zámky 940 01
Mail: pediater@femina-m.sk