

# 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**  
Gynekológia Prešov MM s.r.o., so sídlom Slánska 559/41, 082 52 Dulova Ves, IČO: 56274696,  
v zastúpení: MUDr. Miroslava Majerníková, konateľ s miestom výkonu: Kováčska 15, 080 01  
Prešov

.....  
Dátum ..... Podpis osoby (zákonného zástupcu) ..... Podpis a pečiatka lekára



## 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 niektorých zákonov v znení neskorších predpisov týmto **odstupujem** od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom

.....  
(meno doterajšieho lekára)  
.....  
(adresa doterajšieho lekára)

.....  
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

