

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko.....Meno.....Rodné číslo.....

V súlade s §12 ods. 9 zákona 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 (meno a adresa doterajšieho všeobecného lekára pre deti)

.....
.....

Dátum Podpis poistenca.....

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

V súlade s §23 ods. 3 zákona 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 odovzdanie zdravotnej dokumentácie (alebo jej rovnopis) poistenca

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 **LH med s.r.o. – MUDr. Daniela Hanzel**, na adresu Poliklinika Bebravská č. 34, Bratislava, 82107, tel. kontakt 0918 668 062 prípadne po dohode s uvedeným poskytovateľom osobne ku dňu nadobudnutia platnosti novej dohody.

Dátum Podpis a pečiatka lekára.....