

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 o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov Vás žiadam o odovzдание zdravotnej dokumentácie (alebo jej rovnopisu) poistenca, ktorý dňa uzavrel novú e- dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Údaje poistenca:

- Priezvisko a meno:
- Rodné číslo:
- Kód zdravotnej poisťovne:

Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadam doručiť poštou na adresu uvedenú nižšie, a to **do siedmich dní od doručenia tejto žiadosti.**

Údaje nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

- Priezvisko a meno lekára:
- Adresa ambulancie:
- Telefónne číslo:

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára:

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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:

Údaje doterajšieho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

Dátum:

Podpis poistenca: