

**ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI**

Dolupodpísaný/á

Meno.....

Priezvisko.....

Rodné číslo.....

Bytom.....

v súlade s § 12 ods. 10 zákona 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

meno doterajšieho lekára:

.....

adresa doterajšieho lekára:

.....

V Bratislave, dňa:

podpis poistenca:

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

(z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti)

Dolupodpísaný

**MUDr. Gabriel Hrutkai, Ambulancia všeobecného lekára,
PRAKTIKMED spol s r.o., Balkánska 51, 851 10 Bratislava**

v súlade s § 23 ods. 1 zákona č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

**dovoľujem si Vás požiadať o odovzдание zdravotnej dokumentácie
(alebo jej rovnopisu) poistenca**

Meno.....

Priezvisko.....

Rodné číslo.....

Bytom.....

nakoľko poistenec prejavil záujem uzatvoriť s naším zdravotníckym zariadením dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Súčasne Vás týmto prosíme o vyradenie poistenca z Vašej kapitačnej evidencie. Prosíme o zápis o vyradení pacienta z Vašej evidencie do zdravotnej dokumentácie

V Bratislave, dňa:

podpis poskytovateľa:

