

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Dolupodpísaný poistenec / zákonný zástupca dieťaťa

Meno.....

Priezvisko.....

Rodné číslo.....

Bytom.....

v súlade s 12 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdrav. 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 Lipanoch, dňa:

podpis poistenca/zákonného zástupcu dieťaťa:

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

/ z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti/

Dolupodpísaný

MUDr. Anna Kaperáková, Ambulancia všeobecnej starostlivosti o deti a dorast

PEDIAKAP s.r.o., Námestie sv. Martina 9, 082 71 Lipany

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 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 Lipanoch, dňa:

podpis poskytovateľa: