****

**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 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 dospelých)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dátum |  | Podpis poistenca |  |

**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 zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

**Vás žiadame o odovzdanie zdravotnej dokumentácie (alebo jej rovnopis) poistenca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Priezvisko** |  | | | | **Meno** |  | |
|  |  | | | |  |  | |
| **Rodné číslo** | |  | | | **Zdravotná poistovňa** | |  |
|  | | |  | |  | | |
| ktorý uzavrel dňa | | |  | novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. | | | |

*Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadame doručiť na adresu uvedenú dole poštou* ***do siedmich dní*** *od doručenia tejto žiadosti.*

Priezvisko, meno nového lekára: **doc. MUDr. Marek Kučera, PhD., MHA, MPH**

Adresa ambulancie na doručenie zdravotnej dokumentácie:

***VITACARE, s. r. o., všeobecná ambulancia pre dospelých***

***doc. MUDr. Marek Kučera, PhD., MHA, MPH***

***Kráľová pri Senci č. 378***

***900 50 Kráľová pri Senci, 02/ 20 20 20 80, www.vitacare.sk***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A | 6 | 9 | 7 | 8 | 7 | 0 | 2 | 0 |

Kód lekára

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P | 4 | 9 | 4 | 5 | 5 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 |

Kód poskytovateľa

|  |  |
| --- | --- |
| Dátum |  |

Podpis a pečiatka lekára: