

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

uzatvorená podľa 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 (ďalej len „zákon č. 576/2004“)

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo pacienta: Kód zdravotnej poisťovne:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu pacienta:

Rodné číslo zákonného zástupcu pacienta:

Trvalý pobyt:

telefón/mobil: e-mail:

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s NAŠA DOKTORKA s.r.o. so sídlom Nám. Sv. Františka 8A, 841 04 Bratislava, v zastúpení: MUDr. Peter Lipovský, Ingrid Lipovská, konatelia s miestom výkonu: Astrová 1, 900 42 Miloslavov **od dátumu:**

Zároveň odstupujem od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s doterajším lekárom: MUDr.

Čestne vyhlasujem, že nemám súbežne uzavretú žiadnu ďalšiu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom tej istej odbornosti.

Čestne vyhlasujem, že pacient, v zastúpení ktorého túto dohodu podpisujem, je riadne zaočkovaný povinnými očkovaniami, respektíve súhlasím s jeho povinným očkovaním podľa platných predpisov.

V..... Dátum..... Podpis zákonného zástupcu pacienta

LEKÁR: MUDr. MICHAELA GUZEJOVÁ

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Žiadam doterajšieho lekára – poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zaslanie zdravotnej dokumentácie na adresu Astrová 1, 900 42 Miloslavov

Kód lekára: A32583007

Kód ambulancie: P79509008202

Dátum:

Pečiatka lekára a podpis lekára/poverenej osoby: