

URDAM s.r.o. , všeobecná ambulancia, MUDr. Lucia Mačáková,

Trieda SNP 88, 04011 Košice

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

(z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti)

Pre doterajšieho poskytovateľa

(meno doterajšieho všeobecného lekára)

.....

(adresa doterajšieho všeobecného lekára)

V súlade s §23 zákona SR 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 žiadame o odovzdanie zdravotnej dokumentácie (alebo jej rovnopisu) poisťenca

Meno:.....Rodné číslo:.....

na základe podpísania odstúpenia od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti , uzatvorenej s doterajším poskytovateľom, ktorá je uvedená na druhej strane tejto žiadosti.

Zdravotnú dokumentáciu (resp. rovnopis) Vás žiadame doručiť buď doporučené poštou alebo osobne najneskôr do siedmich dní od doručenia tejto žiadosti na našu adresu.

Dátum:

MUDr. Lucia Mačáková

§12 ods. 10 z. 576/2004 Z.z.: dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zaniká smrťou osoby, smrťou alebo zánikom poskytovateľa alebo po doručení odstúpenia od dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola doručené písomné odstúpenie od dohody.

§23 ods. 1 z. 576/2004 Z.z.: Pri zmene poskytovateľa ambulantnej starostlivosti z dôvodu odstúpenia od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do siedmich dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým osoba uzatvorila dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko:.....

Meno:.....

Rodné číslo:.....

V súlade s §12 odst. 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

.....

(meno doterajšieho všeobecného lekára)

.....

(adresa doterajšieho všeobecného lekára)

Dátum:

Podpis poisťenca:.....