PRE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Kód poisťovne ☐☐☐☐

všeobecný lekár pre dospelých	všeobecný lekár pre deti a dorast	gynekológ	zubný lekár

OSOBA, ktorá uzatvára dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti **

rodné číslo ☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

titul, meno a priezvisko .....

trvalý pobyt* .....

prechodný pobyt*** .....

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s MUDr. ..... č. tel. .....

so sídlom ..... od dátumu .....

Mojim predchádzajúcim lekárom bol v mieste trvalého* – prechodného* pobytu

MUDr..... č. tel. .....

so sídlom..... od dátumu .....

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom tej istej odbornosti.

V ..... Dátum .....

Podpis osoby (zákonného zástupcu): _____

LEKÁR

Akceptujem návrh osoby na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Kód ambulancie: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dátum ..... Podpis a pečiatka lekára .....