

Vyplňte a odovzdajte svojmu terajšiemu všeobecnému lekárovi.

## 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 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 praktického lekára a adresa doterajšieho všeobecného praktického lekára/ambulancie,)

.....  
.....

Dátum .....

Podpis poistenca .....

-----

Vyplňte a zašlite na našu ambulanciu.

## ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

(z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti)

V súlade s §23 zákona SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, **žiadam o odovzдание zdravotnej dokumentácie alebo jej rovnopisu** dole uvedeného poistenca na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

Priezvisko.....Meno. ....

Rodné číslo . . . . . Kód zdravotnej poisťovne.....

Dátum..... Podpis poistenca .....

Podpis a pečiatka poskytovateľa .....

### MED-ADULT s.r.o, korešpondenčné adresy ambulancií:

1. M. Sch. Trnavského 8, Bratislava 841 01, telefón: 02/43330413, e-mail: [ambulancia-dubravka@medadult.sk](mailto:ambulancia-dubravka@medadult.sk), [medadult@medadult.sk](mailto:medadult@medadult.sk) .
2. Líščie údolie 57, Bratislava 842 31, telefón: 02/65423101, e-mail: [sestra@medadult.sk](mailto:sestra@medadult.sk), [medadult@medadult.sk](mailto:medadult@medadult.sk) .

Ďakujeme za spoluprácu.