

## 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“) medzi

**Priezvisko**..... **Meno**.....

**Rodné číslo**..... **Zdrav. poisťovňa**.....

**Email**..... **Telefón**.....

**Trvale bytom**.....

**Prechodné bydlisko**.....

**Zamestnávateľ**..... (ďalej len ako „poistenec“) a spoločnosťou **Cardio Clinic s.r.o.**, so sídlom Rosná 18, 04001 Košice, Slovenská republika, IČO: 47626429, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Košice I, oddiel Sro, vložka č. 43113/V, za ktorú koná **MUDr. Marta Jakubová, PhD.** konateľ; (ďalej len ako „poskytovateľ“).

**Vyhlásenie pacienta:** Vyhlasujem, že v uplynutých 6 mesiacoch som sa neprihlásil do trvalej starostlivosti iného lekára. Všetky údaje v tomto tlačive sú pravdivé.

V Košiciach, dňa.....

**Podpis pacienta**  
(zákonného zástupcu).....

**Vyhlásenie lekára:** Pacienta preberám do starostlivosti od MUDr. ....  
Pacienta preberám do starostlivosti dňom, keď zdravotná poisťovňa (ZP) pacienta akceptuje túto dohodu. Za akceptáciu ZP sa považuje poukázanie prvej kapitačnej platby za poistenca.

Podpis a pečiatka lekára: **MUDr. Eva Rošková, PhD., MBA, RDCS** .....

## ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

**Priezvisko**..... **Meno**.....

**Rodné číslo**..... **Zdrav. poisťovňa**.....

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)

.....  
(adresa doterajšieho všeobecného praktického lekára/ambulancie)

V Košiciach, dňa.....

**Podpis poistenca**.....