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 .....

* Nehodiace sa prečiarknite
** Číslo preukazu osoby / identifikácia osoby
*** Vyplniť iba v prípade prechodného pobytu

14 501 0 Design © Ševt www.sevt.sk XI/20