

## **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.

### **OSOBA, ktorá uzatvára dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

titul, meno a priezvisko:.....

rodné číslo: ..... kód zdravotnej poisťovne: .....

trvalý pobyt:.....

prechodný pobyt:.....

mobil:..... e-mail:.....

### **uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

s **Všeobecná ambulancia pre dospelých, MUDr.Valéria Kuráková**  
(VALS s.r.o.), adresa ambulancie: Ondavská 4/A,04011 Košice,  
č.tel.: 0948 917761 e-mail: [ambulancia.kurakova@gmail.com](mailto:ambulancia.kurakova@gmail.com)

Vyhlasujem na svoju česť, že som súbežne neuzavrel (a) v uplynulých 6 mesiacoch žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom tej istej odbornosti. Túto dohodu uzatváram slobodne z vlastnej vôle, na dobu neurčitú, uvedené údaje sú pravdivé.

V Košiciach dňa ..... podpis poistenca.....

### **LEKÁR**

Akceptujem návrh osoby na uzavretie Dohody o PZS.

Dátum: .....

Podpis a pečiatka lekára:

**ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ  
STAROSTLIVOSTI**

titul, meno a priezvisko:.....

rodné číslo: ..... kód zdravotnej poisťovne: .....

**odstupujem od dohody uzatvorenej s mojim doterajším poskytovateľom  
(všeobecným lekárom), ktorým bol:**

MUDr.....

adresa ambulancie: .....

V Košiciach dňa ..... podpis poistenca.....

**ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE**  
(z dôvodu uzatvorenia Dohody o PZS)

V súlade s §23 zákona SR č.576/2004 Z.z. Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

Vás týmto **žiadame o odovzдание zdravotnej dokumentácie** (rovnopisu) vyššie uvedeného a podpísaného poistenca, ktorý uzavrel novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s našou ambulanciou dňa.....

Zdravotnú dokumentáciu prosím doručte (pošlite) do 7 dní na adresu:

**Všeobecná ambulancia pre dospelých, MUDr.Valéria Kuráková,  
Ondavská 4/A,04011 Košice.**

Dátum:..... Podpis a pečiatka lekára: