

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:** _____ **Titul:** _____

Rodné číslo: _____ **Zdravotná poisťovňa:** _____

Trvale bytom: _____

E-mail: _____ **Telefón:** _____

(ďalej len ako „poistenec“) a spoločnosťou **PaliaPraktik, s.r.o.**, so sídlom Hlinská 1636/37, 01001 Žilina, Slovenská republika, IČO: 56933444, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Žilina, oddiel: Sro, vložka č. 87676/L, za ktorú koná MUDr. Eva Kováčová, PhD., konateľ; (ďalej len ako „poskytovateľ“). Poskytovateľ sa touto Dohodou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Dohoda“) zaväzuje v súlade s ustanoveniami zákona č. 576/2004 poskytovať poistencovi zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené vo Všeobecných podmienkach poskytovateľa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Všeobecné podmienky sú k dispozícii k nahliadnutiu v ambulancii a na webovom sídle ambulancie: www.paliapraktik.sk. Poistenec túto zdravotnú starostlivosť a tieto služby prijíma a akceptuje Všeobecné podmienky. Poistenec svojím podpisom na tejto Dohode potvrdzuje, že sa pred podpísaním tejto Dohody so Všeobecnými podmienkami riadne oboznámil, súhlasí s nimi a akceptuje ich. Dohoda sa uzatvára na dobu neurčitú. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že ak poistenec nie je ku dňu uzatvorenia Dohody poistencom verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, Dohoda nadobudne účinnosť vznikom verejného zdravotného poistenia poistenca v Slovenskej republike. Účinnosť Dohody zaniká zánikom verejného zdravotného poistenia poistenca v Slovenskej republike. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že každý účastník tejto Dohody je oprávnený túto Dohodu kedykoľvek vypovedať aj bez uvedenia dôvodu písomnou výpoveďou doručenou druhému účastníkovi tejto Dohody; v prípade výpovede zaniká táto Dohoda prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhému účastníkovi tejto Dohody. Poistenec vyhlasuje, že v uplynulých 6 mesiacoch neuzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným všeobecným lekárom pre dospelých, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a že jeho vôľa pri uzatváraní Dohody je slobodná, vážna.

Dátum _____ **Podpis poistenca:** _____ **PaliaPraktik, s. r. o.** _____

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko: _____ **Meno:** _____ **Titul:** _____

Rodné číslo: _____ **Zdravotná 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: _____

Dátum: _____ **Podpis poistenca:** _____

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:** _____ **Titul:** _____

Rodné číslo: _____ **Zdravotná poisťovňa:** _____

Trvale bytom: _____

E-mail: _____ **Telefón:** _____

(ďalej len ako „poistenec“) a spoločnosťou **PaliaPraktik, s.r.o.**, so sídlom Hlinská 1636/37, 01001 Žilina, Slovenská republika, IČO: 56933444, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Žilina, oddiel: Sro, vložka č. 87676/L, za ktorú koná MUDr. Eva Kováčová, PhD., konateľ; (ďalej len ako „poskytovateľ“). Poskytovateľ sa touto Dohodou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Dohoda“) zaväzuje v súlade s ustanoveniami zákona č. 576/2004 poskytovať poistencovi zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené vo Všeobecných podmienkach poskytovateľa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Všeobecné podmienky sú k dispozícii k nahliadnutiu v ambulancii a na webovom sídle ambulancie: www.paliapraktik.sk. Poistenec túto zdravotnú starostlivosť a tieto služby prijíma a akceptuje Všeobecné podmienky. Poistenec svojím podpisom na tejto Dohode potvrdzuje, že sa pred podpísaním tejto Dohody so Všeobecnými podmienkami riadne oboznámil, súhlasí s nimi a akceptuje ich. Dohoda sa uzatvára na dobu neurčitú. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že ak poistenec nie je ku dňu uzatvorenia Dohody poistencom verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, Dohoda nadobudne účinnosť vznikom verejného zdravotného poistenia poistenca v Slovenskej republike. Účinnosť Dohody zaniká zánikom verejného zdravotného poistenia poistenca v Slovenskej republike. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že každý účastník tejto Dohody je oprávnený túto Dohodu kedykoľvek vypovedať aj bez uvedenia dôvodu písomnou výpoveďou doručenou druhému účastníkovi tejto Dohody; v prípade výpovede zaniká táto Dohoda prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhému účastníkovi tejto Dohody. Poistenec vyhlasuje, že v uplynulých 6 mesiacoch neuzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným všeobecným lekárom pre dospelých, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a že jeho vôľa pri uzatváraní Dohody je slobodná, vážna.

Dátum _____ **Podpis poistenca:** _____ **PaliaPraktik, s. r. o.** _____

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko: _____ **Meno:** _____ **Titul:** _____

Rodné číslo: _____ **Zdravotná 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: _____

Dátum: _____ **Podpis poistenca:** _____

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

V súlade s §23 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, Vás žiadame o odovzдание zdravotnej dokumentácie (alebo jej rovnopis) poisťenca

Priezvisko: _____ Meno: _____ Titul: _____

Rodné číslo: _____ Zdravotná poisťovňa: _____

ktorý uzavrel dňa _____ novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadam doručiť na adresu uvedenú dole poštou do siedmich dní od doručenia tejto žiadosti.

Priezvisko, meno nového lekára: **MUDr. Eva Kováčová, PhD.**

Adresa ambulancie: Rajecká cesta 13/19, 013 13 Rajecké Teplice

Telefónne číslo ambulancie: 0911 13 55 13

Dátum _____ Podpis a pečiatka lekára _____

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

V súlade s §23 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, Vás žiadame o odovzдание zdravotnej dokumentácie (alebo jej rovnopis) poisťenca

Priezvisko: _____ Meno: _____ Titul: _____

Rodné číslo: _____ Zdravotná poisťovňa: _____

ktorý uzavrel dňa _____ novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadam doručiť na adresu uvedenú dole poštou do siedmich dní od doručenia tejto žiadosti.

Priezvisko, meno nového lekára: **MUDr. Eva Kováčová, PhD.**

Adresa ambulancie: Rajecká cesta 13/19, 013 13 Rajecké Teplice

Telefónne číslo ambulancie: 0911 13 55 13

Dátum _____ Podpis a pečiatka lekára _____