

VYHLÁSENIE

V súvislosti s uzatvorením *Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti* na základe § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. vyhlasujem, že túto dohodu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti - spoločnosťou **Vades, s.r.o** zastúpenou **MUDr. Danicou Hlavovou**, všeobecnou lekárkou pre dospelých, uzatváram dobrovoľne a z vlastného rozhodnutia a k dnešnému dňu nemám uzatvorenú platnú dohodu s iným všeobecným lekárom.

Súhlasím s tým, že táto dohoda začne platiť dňom poukázania prvej kapitálnej platby mojou zmluvnou zdravotnou poisťovňou na účet lekára. Akceptujem, že do tejto doby mi bude poskytovaná len neodkladná zdravotná starostlivosť.

Akceptujem, že údaje o čísle preukazu poistenca a zmluvnej zdravotnej poisťovni pacienta sú podstatnými náležitosťami dohody a neoznámene ich zmien v stanovenej lehote a preukázateľným spôsobom znemožňuje riadne plnenie dohody zo strany poskytovateľa, čím zároveň súhlasím s tým, že poskytovateľ je oprávnený považovať neoznámene zmien podstatných náležitostí dohody v stanovenej lehote za moje **odstúpenie od tejto dohody** v zmysle § 12 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení.

Zaväzujem sa, že:

- bezodkladne poskytnem svojmu zmluvnému lekárovi všetky výsledky, nálezy a správy odborných vyšetrení a hospitalizácií,
- budem ho pravdivo informovať o všetkých skutočnostiach môjho zdravotného stavu a o skutočnostiach, ktoré môžu môj zdravotný stav ovplyvňovať,
- budem aktívne spolupracovať pri preventívnych opatreniach, diagnostických výkonoch a liečbe a budem dodržiavať liečebný režim,
- nahlásim akúkoľvek zmenu uvedených údajov vrátane zmeny svojej zmluvnej zdravotnej poisťovne do 8 dní od dátumu tejto zmeny,
- v prípade, ak z dôvodu neúplných alebo nepravdivých údajov uvedených na str. 1 tejto dohody moja zmluvná zdravotná poisťovňa neuhradí platby, cenu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradím podľa platného cenníka,
- v prípade využitia svojho práva odstúpiť od tejto dohody, urobím tak písomnou formou v súlade s § 12 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení.

V Bratislave dňa:

Podpis občana

Vades s.r.o

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

MUDr. Danica Hlavová

ZS Fedinova 9,

851 08 Bratislava 5

tel.: 02 / 638 11 370

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

(podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene niektorých zákonov v platnom znení)

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo pacienta: /

Zmluvná zdravotná poisťovňa pacienta:

—

Trvalé bydlisko – adresa:

Kontaktné tel. číslo: e-mail:

Prechodné bydlisko – adresa:

Zamestnávateľ:

Vyhlásenie :

Vyhlasujem, že v uplynulých 6 mesiacoch som sa neprihlásil do trvalej starostlivosti iného lekára. Všetky údaje uvedené v tomto tlačive sú pravdivé.

V Bratislave dňa:

Podpis občana (zákonného zástupcu)

Pacienta preberám do starostlivosti od MUDr.

Preberám pacienta do starostlivosti dňom, keď zdravotná poisťovňa pacienta akceptuje túto dohodu. Za akceptáciu zdravotnou poisťovňou sa považuje poukázanie prvej kapitálnej platby za poistenca.

.....
Pečiatka a podpis zvoleného lekára