**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 ....................................................Zdrav. poisťovňa .......................................................**

**E-mail .......................................................................................................................................................**

**Telefón .....................................................................................................................................................**

**Trvale bytom ...................................................................................................................................................................** (ďalej len ako „**Poistenec**“)

**a**

spoločnosťou **Vaša Doktorka s. r. o.**, so sídlom Betliarska 22, 85107 Bratislava, Slovenská republika, IČO: **56 309 856**, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava III, oddiel Sro, vložka č. **179351/B**, za ktorú koná MUDr. Dagmara Reiffová (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 (ďalej len „**Všeobecné podmienky**“) a poistenec túto zdravotnú starostlivosť a tieto služby prijíma a akceptuje Všeobecné podmienky. Všeobecné podmienky sú neoddeliteľnou súčasťou tejto Dohody a poistenec svojím podpisom na tejto Dohode potvrdzuje, že sa pred podpísaním tejto Dohody so Všeobecnými podmienkami riadne oboznámil, súhlasí s nimi a akceptuje ich. Aktuálne znenie Všeobecných podmienok je uverejnené na webovej stránke poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: www.doktorkareiffova.sk.

Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že každý účastník tejto Dohody je oprávnený túto Dohodu kedykoľvek vypovedať a to aj bez uvedenia dôvodu formou písomnej výpovede, doručenej 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 všetky uvedené údaje sú pravdivé, a že jeho vôľa pri uzatváraní Dohody je slobodná, vážna a bez omylu.

**Dátum ...................... Podpis poistenca ...........................................**

Dátum .......................... Podpis poskytovateľa........................................

**Vaša Doktorka s.r.o., korešpondenčná adresa ambulancie:** Zdravotné stredisko Bebravská 8850/ 34, 82107 Bratislava telefón: 0951078643 e-mail: [doktorkareiffova@gmail.com](mailto:doktorkareiffova@gmail.com)

**ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

**Priezvisko** ........................................................ **Meno**........................................................ **Rodné číslo** ....................................................

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 a adresa doterajšieho všeobecného praktického lekára/ambulancie,) ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dátum .............................. Podpis poistenca ............................................................

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE**

(z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti)

V súlade s §23 zákona SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, žiadam o odovzdanie zdravotnej dokumentácie alebo jej rovnopisu dole uvedeného poistenca na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

Priezvisko:..............................................................Meno: .................................................

Rodné číslo . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .Kód zdravotnej poisťovne..................

Dátum.............................................................. Podpis poistenca .................................

Podpis a pečiatka poskytovateľa ..............................

**Vaša Doktorka s.r.o., korešpondenčná adresa ambulancie**: MUDr. Dagmara Reiffová, Zdravotné stredisko Bebravská 8850/34, 82107 Bratislava

telefón: 0951078643, e-mail: doktorkareiffova@gmail.com

Ďakujeme za spoluprácu.