

D O H O D A

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:

						/				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Zmluvná zdravotná poisťovňa:

--	--	--	--

Trvalé bydlisko – adresa:
.....
.....

Kontaktné tel. číslo: e-mail:
Prechodné bydlisko – adresa:
.....
.....

Zamestnávateľ:

Vyhlásenie pacienta:

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti anpemed, s.r.o., s miestom výkonu ambulancie MUDr. Anna Olajcová – všeobecný lekár pre dospelých, Poliklinika 1, Škultétyho 470/6, Martin, 036 01.

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

V Martine dňa:
Podpis občana (zákonného zástupcu)

Vyhlásenie lekára:

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.

Kód lekára

A	3	2	6	7	1	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Kód poskytovateľa

P	9	1	3	2	9	0	2	0	2	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

V Martine dňa:
Pečiatka a podpis lekára

VYHLÁSENIE

V súvislosti s uzatvorením Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na základe § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. čestne vyhlasujem, že túto dohodu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti anpemed, s.r.o., v zdravotníckom zariadení MUDr. Anna Olajcová – všeobecný lekár 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 kapitačnej 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 neoznámenie 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 neoznámenie zmien postatných náležitostí dohody v stanovenej lehote za moje odstúpenie od tejto dohody v zmysle § 12 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení.

Zaväzujem sa, že:

- bezodkladne poskytnem svojmu zmluvnému lekárovi všetky výsledky vyšetrení, nálezy a správy špecialistov, závery 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 7 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. 7 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení.

V Martine dňa:

.....
Podpis občana

anpemed, s.r.o.
MUDr. Anna Olajcová - všeobecný lekár pre dospelých

Poliklinika I
Škultétyho 470/6
036 01 Martin

tel.: 043/228 99 22
mail: info@anpemed.sk