

## Odstúpenie od dohody a žiadosť o vydanie zdravotnej dokumentácie

### Adresát (doterajší lekár)

Meno a priezvisko: .....

Adresa: .....

### Pacientka

Meno a priezvisko: .....

Rodné číslo: .....

Zdravotná poisťovňa: .....

Horemenovaná a dolupodpísaná, v zmysle § 12 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z.z. a neskorších predpisov týmto dňom **odstupujem od dohody** o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú mám s Vami uzavretú. Preto Vás žiadam o vyradenie z Vašej evidencie a poskytnutie informácií potrebných na zabezpečenie nadväznosti poskytovania zdravotnej starostlivosti s uvedením:

- dátumom poslednej preventívnej prehliadky,
- výsledkom onkocytológie,
- dátumom vyradenia z evidencie.

Prosíme odoslať na adresu: **Gynekologická ambulancia, MUDr. Denis Milly, Bajkalská 18/A, 82108 Bratislava.**

V ..... dňa: .....

Podpis: .....

Súhlasím s uzavretím dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a súhlasím s prevzatím pacientky do zdravotnej starostlivosti.

MUDr. Denis Milly



MILLY s.r.o. Gyn. amb. Bajkalská 18/A Bratislava 02/52925120	P23349009201 MUDr. Denis MILLY gynekológ - pôrodník A34747009 1
--	--