

# DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Všeobecná ambulancia pre deti a dorast

Kód poisťovne .....

## OSOBA, ktorá uzatvára dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (pacient)

Rodné číslo ..... číslo preukazu osoby / identifikácia osoby \*\* .....

Titul meno a priezvisko .....

Trvalý pobyt .....

Prechodný pobyt \*\*\* .....

## ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA pacienta – kontaktné údaje

Titul meno a priezvisko .....

Trvalý pobyt .....

Prechodný pobyt \*\*\* .....

Telefonický kontakt .....

## Uzatváraam dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s **Detkou fakultnou nemocnicou s poliklinikou Banská Bystrica**, so sídlom: Banská Bystrica, Nám. L. Svobodu 4, 974 09 Banská Bystrica, IČO: 379 579 37, založenou na základe Zriaďovacej listiny Ministerstva zdravotníctva SR č. 14192-6/2004-OPP, kód ambulancie: **N49813008201**, Identifikátor ambulancie: **51-37957937-A0050**.

Mojim predchádzajúcim lekárom bol v mieste trvalého\* - prechodného\* pobytu

MUDr. ...., č. tel. ....

so sídlom ..... od dátumu .....

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom tej istej odbornosti.

V Banskej Bystrici, dňa ..... Podpis osoby (zákonného zástupcu): .....

## ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE

Akceptujeme návrh osoby na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Dátum : .....

\* nehodiace sa prečiarknite

\*\* v prípade, že pacient nie je občanom SR

\*\*\* vyplní sa len v prípade prechodného pobytu

.....  
Podpis a pečiatka riaditeľa

## POUČENIE

Osoba a zákonný zástupca osoby má právo na výber všeobecného lekára pre deti a dorast (ďalej len „lekár“), ktorý je v zmluvnom vzťahu s príslušnou zdravotnou poisťovňou. Toto právo sa nevzťahuje na :

- a) osobu, ktorá je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,
  - b) žiadateľa o azyl,
  - c) príslušníkov ozbrojených síl Slovenskej republiky, Policajného zboru, Slovenskej informačnej služby, Národného bezpečnostného úradu, Zboru väzenskej a justičnej stráže, Železničnej polície, Hasičského a záchranného zboru,
- ak takejto osobe určil lekára služobný orgán alebo služobný úrad.

Lekár prevezme osobu do starostlivosti na základe písomnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou osoby. Dohoda sa uzatvára najmenej na dobu šesť mesiacov. Lekár môže odmietnuť návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak:

- a) by uzatvorením takejto dohody prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie,
- b) osobný vzťah zdravotníckeho pracovníka k osobe, ktorej má zdravotnú starostlivosť poskytovať, alebo k jej zákonného zástupcu nezaručuje objektívne hodnotenie jej zdravotného stavu alebo
- c) poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať.

Ak lekár odmietne návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti z dôvodov ustanovených vyššie, príslušný samosprávny kraj preverí tieto skutočnosti na podnet osoby a bezodkladne určí, ktorý lekár s ňou uzatvorí dohodu. Lekár sa podľa možnosti určí tak, aby bol čo najmenej vzdialený od bydliska alebo pracoviska osoby.

Osoba, ktorá sa prechodne dlhodobo zdržiava mimo miesta trvalého pobytu, si môže na tento čas vybrať lekára v mieste prechodného pobytu. Táto skutočnosť sa vyznačí v dohode o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Lekár si od predchádzajúceho lekára vyžiada zdravotnú dokumentáciu osoby. Po skončení poskytovania zdravotnej starostlivosti v mieste prechodného pobytu osoby.

Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zaniká smrťou osoby, smrťou alebo zánikom poskytovateľa alebo po doručení písomného odstúpenia od dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo doručené písomné odstúpenie od dohody.

Osoba je povinná pri každej zmene lekára uzatvoriť novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Za dodržanie zákonných ustanovení pri uzatváraní novej dohody je zodpovedný lekár. Nová dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti nadobúda účinnosť vždy prvým dňom nasledujúceho mesiaca. Osoba je povinná oznámiť lekárovi s ktorým má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zmenu zdravotnej poisťovne.

## 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 Detskou fakultnou nemocnicou s poliklinikou Banská Bystrica, uzatváram dobrovoľne a z vlastného rozhodnutia a že v uplynulých 6 mesiacoch som sa neprihlásil do trvalej starostlivosti iného lekára. Všetky údaje uvedené v tomto tlačive sú pravdivé.

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 podstatných 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,
- 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 Banskej Bystrici dňa: .....

Podpis osoby (zákonného zástupcu) .....