

**Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu  
ošetrovateľskej starostlivosti**

Meno, priezvisko, titul poistenca: .....

Rodné číslo: .....

Číselný kód zdravotnej poisťovne:

--	--	--	--

Miesto trvalého pobytu: .....

Miesto prechodného pobytu: .....

Kontaktná osoba, zákonný zástupca: .....

Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti uzatváram v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v znení neskorších predpisov

s

**Poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti:** .....

Názov a adresa: .....

.....

Meno, priezvisko, titul odborného zástupcu: .....

číslo telefónu: ..... mobil: .....

číslo faxu: ..... e-mail: .....

od dátumu: .....

**Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti s iným poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti.**

V .....

dňa: .....

.....

podpis odborného zástupcu poskytovateľa  
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky

.....

podpis poistenca/zákonného zástupcu