**Príloha č. 16**

**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 podpis poistenca/zákonného zástupcu

ošetrovateľskej starostlivosti aodtlačok pečiatky