

Príloha č. 4

Žiadosť o výber/zmenu ošetrojúceho lekára na ambulantné vyšetrenie

Dolupodpísaný/á:
Narodený/á:
Rodné číslo:
Bytom:

týmto žiadam NÚRCH o možnosť:

- ☐ **výberu** ošetrojúceho lekára na ambulantné vyšetrenie*
☐ **zmenu** ošetrojúceho lekára na ambulantné vyšetrenie*

Ako lekára žiadam:

Žiadateľ (pacient) berie na vedomie, že táto nadštandardná služba možnosti **výberu/zmeny ošetrojúceho lekára na ambulantné vyšetrenie** je poskytnutá nad rámec zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a nad rámec služieb súvisiacich s jej poskytovaním v zmysle platných právnych predpisov. Vzhľadom na uvedené je táto služba spoplatnená v zmysle aktuálne platného Cenníka NÚRCH. Žiadateľ (pacient) taktiež berie na vedomie, že aj v prípade **výberu/zmeny ošetrojúceho lekára na ambulantné vyšetrenie** môže dôjsť k situácii, že výber/zmena nebude možná (napríklad neplánovaná neprítomnosť lekára v práci, práceneschopnosť lekára a pod.).

Žiadateľ (pacient) berie na vedomie, že poplatok za službu (výber/zmenu ošetrojúceho lekára na ambulantné vyšetrenie) je povinný vykonať v pokladni NÚRCH, v hotovosti alebo bezhotovostne v termináli na bezkontaktné platby, a to najneskôr v deň ambulantného vyšetrenia.

Žiadosť o výber/zmenu ošetrojúceho lekára na ambulantné vyšetrenie môže byť zrealizovaná len v prípade, ak s ňou súhlasí žiadaný lekár a vedúci lekár príslušnej ambulancie NÚRCH.

Vyjadrenie žiadaného lekára a vedúceho lekára príslušnej ambulancie k žiadosti o výber/zmenu ošetrojúceho lekára na ambulantné vyšetrenie:

- ☐ Súhlasím/Nesúhlasím* so žiadosťou
☐ Súhlasím/Nesúhlasím* so žiadosťou

V Piešťanoch, dňa _____

_____ podpis vedúceho lekára príslušnej ambulancie

_____ podpis pacienta

_____ podpis ošetrojúceho lekára

* vybranú možnosť označte krížikom