



Dole podpísaný/-á

Titul, meno, priezvisko:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Trvale bytom:

kontakt (telefón, e-mailová adresa)

zastúpený zákonným zástupcom

Titul, meno, priezvisko:

Trvale bytom:, kontakt.....

(ďalej len ako „zákonný zástupca“).

Týmto žiadam FNsP Žilina o možnosť: *výberu lekára, *výberu pôrodnej asistentky a o uzatvorenie Zmluvy o výbere. (*nevhodné prečiarknite)

na vykonanie zdravotného výkonu

na odd.v predpokladanom termíne

a žiadam ako lekára (titul, meno a priezvisko)

Som si vedomý a beriem na vedomie, že výkon na základe tejto žiadosti môže byť zrealizovaný len v prípade:

- ak s ňou vysloví súhlas vybraný lekár alebo vybraná pôrodná asistentka a primár príslušného oddelenia (ak je vybraným lekárom primár odd., vysloví súhlas so žiadosťou námestník pre ZSaP; ak je vybraným lekárom námestník pre ZSaP alebo námestník ZSaP pre chirurgické odbory, vysloví súhlas so žiadosťou riaditeľ FNsP Žilina),
- a za podmienky, že s FNsP Žilina uzatvorím Zmluvu o výbere lekára–operátora/pôrodníka/anesteziológa alebo pôrodnej asistentky a zaplatím úhradu za operačný výkon v zmysle SM-05 Cenník hrađených výkonov a služieb vo FNsP Žilina.

V Žiline dňa:

vlastnoručný podpis pacienta/jeho
zákonného zástupcu

So žiadosťou o výber mojej osoby ako vybraného lekára na poskytnutie príslušného zdravotného výkonu:

súhlasím/nesúhlasím *

V Žiline dňa:

pečiatka a vlastnoručný podpis
vybraného lekára

Dolu podpísaný týmto so žiadosťou o výbere lekára:

súhlasím/nesúhlasím *

V Žiline dňa:

pečiatka a vlastnoručný podpis primára odd./

***Nehodiace sa prečiarknite**