**Žiadosť o poskytnutie zdravotného výkonu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti**

**Názov zariadenia:** ADOS MARTA – SZD, Rezedová 3, Bratislava 821 01

**Odborný garant:** PhDr. Sojková Gabriela

**IČO:** 36069906

**Meno a priezvisko pacienta:**

**Rodné číslo:**

**Trvalé bydlisko:**

Týmto žiadam odborného garanta zariadenia o poskytovanie zdravotných výkonov:

Čestne prehlasujem, že o poskytnutie výkonov žiadam agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti MARTA-SZD na vlastnú žiadosť.

Bol(a) som poučený(á) o tom, že v zmysle §44 odsek 1 a 2 Zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti ide o výkon, ktorý je plne hradený u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Túto žiadosť podávam na základe slobodnej vôle využiť právo slobodnej voľby poskytovateľa. Tiež čestne prehlasujem, že nebudem žiadať o úhradu týchto zdravotných výkonov moju zdravotnú poisťovňu.

Žiadosť podpisujem na základe svojho vlastného rozhodnutia, bez podmieňovania a akéhokoľvek nátlaku.

Miesto a deň podpisu:

Podpis pacienta / rodinného príslušníka: