
**Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, pečiatka
(ďalej len „PZS“)**

Meno a priezvisko dolu podpísaného žiadateľa poistenca VŠZP:

Trvale bytom:

**Dátum narodenia:
(ďalej len „pacient“)**

Žiadosť o poskytnutie zdravotných výkonov (ošetrenie, odbery) na vlastnú žiadosť.

Ja poistenec VŠZP žiadam o poskytnutie zdravotnej starostlivosti PZS uvedeného v záhlaví tejto žiadosti, ktorý je pre VŠZP nezmluvným poskytovateľom.

Vyhlasujem, že v súlade s ustanovením § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov mi poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zrozumiteľne a ohľaduplne poskytol poučenie o poskytovaní zdravotných výkonov na vlastnú žiadosť za priamu platbu, s čím som bez nátlaku súhlasil a podpisom to potvrdzujem.

Vyhlasujem, že s cenami zdravotných výkonov PZS, na vlastnú žiadosť za priamu platbu, som sa vopred riadne a úplne oboznámil v o vystavenom cenníku v čakárni PZS a v plnom rozsahu, bez akýchkoľvek výhrad s ním súhlasím. Zaväzujem sa uhradiť cenu za výkony, ktoré mi zrealizuje PZS na moju vlastnú žiadosť tak, že úhradu za ošetrenie uhradím vo výške stanovenej v cenníku PZS v hotovosti v ambulancii pred vykonaním zdravotných výkonov a úhradu za odbery zrealizujem zálohovou platbou v hotovosti v ambulancii pred vykonaním odberov v dohodnutej výške s tým, že vyúčtovanie a dorovnanie úhrady za odbery bude uskutočnené pri informovaní sa o výsledkoch vyšetrení.

Svojím vlastnoručným podpisom potvrdzujem, že túto žiadosť podávam slobodne a vážne a potvrdzujem pravdivosť vyhlásení v nej obsiahnutých.

V....., dátum.....

.....
Podpis žiadateľa - poistenca VŠZP

.....
Podpis PZS