



Žiadosť o výber lekára - pôrodníka ako nadštandardnej služby

Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov, 081 81 Prešov, Jána Hollého 14

Pacientka (titul, meno, priezvisko pacientky):

Dátum narodenia:.....

trvale bytom:

zdravotná poisťovňa:

zastúpená zákonným zástupcom (titul, meno, priezvisko)

trvale bytom:

číslo OP alebo identifikačnej karty:

žiadam FNsP Prešov o možnosť výberu lekára – pôrodníka a o uzatvorenie Zmluvy o výbere lekára - pôrodníka na odvedenie pôrodu:

Spôsob pôrodu:

na oddelení: v predpokladanom termíne:

a žiadam ako vybraného lekára (titul, meno a priezvisko lekára).....

Vyhlasujem, že v súlade s ustanovením § 14 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dávam FNsP súhlas na spracovanie mojich osobných údajov pre potreby poskytnutia nadštandardnej starostlivosti v súvislosti s výberom lekára - pôrodníka. FNsP môže spracovať moje osobné údaje vo svojom informačnom systéme výlučne za účelom vybavenia mojej žiadosti v súvislosti s poskytnutím nadštandardnej zdravotnej starostlivosti, o ktorú žiadam.

Beriem na vedomie, že táto žiadosť môže byť realizovaná len v prípade, ak s ňou vysloví súhlas vybraný lekár a primár príslušného oddelenia a za podmienky, že s FNsP uzatvorím Zmluvu o výbere lekára – operátora alebo lekára pôrodníka ako nadštandardnej služby na žiadosť pacienta a táto nadobudne účinnosť.

Potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s podmienkami a spôsobom poskytnutia potrebnej zdravotnej starostlivosti vybraným pôrodníkom a súhlasím s nimi.

.....
dátum

.....
vlastnoručný podpis pacientky alebo jej
zákonného zástupcu

Potvrdzujem, že vzhľadom na predpokladané podmienky SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM * s odvedením pôrodu. Zároveň sa zaväzujem rešpektovať Smernicu č. SM 08 Poskytovanie nadštandardných služieb, ktorou sa vo FNsP upravuje postup pri poskytovaní nadštandardnej služby výberu lekára - operátora / lekára - pôrodníka na žiadosť pacienta.

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis žiadaného lekára

Potvrdzujem, že vzhľadom na predpokladané podmienky SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM *, aby žiadaný lekár odvedol pôrod:

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis primára oddelenia

* nehodiace sa prečiarknuť