



## Žiadosť o výber lekára - operatéra ako nadštandardnej služby

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

**Pacient** (titul, meno, priezvisko pacienta): .....

Dátum narodenia:.....

trvale bytom:.....

zdravotná poisťovňa: .....

**zastúpený zákonným zástupcom** (titul, meno, priezvisko):.....

trvale bytom:.....

číslo OP alebo identifikačnej karty:.....

**žiadam FNsP Prešov o možnosť výberu lekára - operatéra a o uzatvorenie Zmluvy o výbere lekára - operatéra na vykonanie operácie:**

.....

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 - operatéra. 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 - operatéra 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 lekárom a súhlasím s nimi.

.....  
dátum

.....  
vlastnoručný podpis pacienta alebo jeho  
zákonného zástupcu

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

.....  
dátum

.....  
pečiatka a podpis žiadaného lekára

Potvrdzujem, že vzhľadom na predpokladané podmienky **SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM \***, aby žiadaný lekár vykonal operáciu:

.....  
dátum

.....  
pečiatka a podpis primára

\* nehodiace sa prečiarknut'