

**ŽIADOSŤ O SÚHLAS NA PRELOŽENIE OSOBY  
DO INÉHO ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA  
ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Zdravotnícke zariadenie/pracovisko, z ktorého bude osoba preložená: .....

Zdravotnícke zariadenie/pracovisko, do ktorého bude osoba preložená: .....

LIEČEBŇA sv. Františka Krásna 22 Bratislava 821 05	P6742325101 Liečebňa sv. Františka Liečebňa dlhodobo chorých
--	--

Meno a priezvisko osoby: .....

Rodné číslo osoby: .....

Bydlisko osoby: .....

Zdravotná poisťovňa, v ktorej je osoba poistená: .....

Indikácia na preloženie osoby do iného zariadenia ústavnej starostlivosti:

.....  
pečiatka a podpis zdravotníckeho pracovníka

Meno, priezvisko a pracovné zaradenie zdravotníckeho pracovníka, s ktorým bolo preloženie osoby dohodnuté: .....

Súhlasím/nesúhlasím s preložením osoby na oddelenie/kliniku: .....

LIEČEBŇA sv. Františka Krásna 22 Bratislava 821 05	P6742325101 Liečebňa sv. Františka Liečebňa dlhodobo chorých
--	--

Dátum preloženia osoby: .....

Zdôvodnenie nesúhlasu na preloženie osoby:

.....  
pečiatka a podpis zdravotníckeho pracovníka

LIEČEBŇA SV. FRANTIŠKA