

**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:

LIEČEBNA sv. Františka Krašná 22 Bratislava 821 05	P67423620101 Liečebňa sv. Františka Hospic
--	--

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:

LIEČEBNA sv. Františka Krašná 22 Bratislava 821 05	P67423620101 Liečebňa sv. Františka Hospic
--	--

Dátum preloženia osoby:

Zdôvodnenie nesúhlasu na preloženie osoby:

.....
pečiatka a podpis zdravotníckeho pracovníka

← VYPLNIť: LIEČEBNA SV. FRANTIŠKA