

**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 Bratislava	<b>P67423620101</b> 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: .....

Liečebňa sv. Františka Bratislava	<b>P67423620101</b> Liečebňa sv. Františka Hospic
--	---

Dátum preloženia osoby: .....

Zdôvodnenie nesúhlasu na preloženie osoby:

.....  
pečiatka a podpis zdravotníckeho pracovníka

