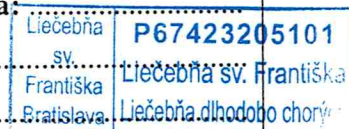


**ŽIADOSŤ O SÚHLAS NA PRELOŽENIE OSOBY
DO INÉHO ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA
ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Zdravotnícke zariadenie/pracovisko, z ktorého bude osoba preložená:

.....

Zdravotnícke zariadenie/pracovisko, do ktorého bude osoba preložená:



Meno a priezvisko osoby:

Rodné číslo osoby:

Bydlisko osoby:

.....

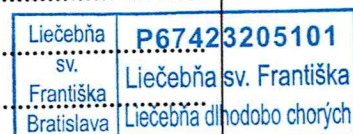
Zdravotná poisťovňa, v ktorej je osoba poistená:

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:



Dátum preloženia osoby:

Zdôvodnenie nesúhlasu na preloženie osoby:

.....
pečiatka a podpis zdravotníckeho pracovníka

