**Adresa poskytovateľa**

(adresa pacienta)

**Vec: Odstúpenie od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

1. Poskytovateľ zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti ............................., so sídlom ............................. (ďalej len „Poskytovateľ“) uzatvoril s Pacientom ............................, trvale bytom ............................, narodeným ............................ (ďalej len „Pacient“) dňa ............................ ústne/písomne Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Dohoda“).
2. Poskytovateľ oznamuje Pacientovi, že podľa § 12 ods. 2 písm. b) v spojení s § 12 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“) od uzatvorenej Dohody **odstupuje.**
3. Dôvodom odstúpenia od Dohody podľa bodu 2 je, že *– popis dôvodu odstúpenia (napr. Pacient opakovane vystupoval voči ošetrujúcemu zdravotníckemu pracovníkovi zubnému lekárovi ako aj ostatným zdravotníckym pracovníkom agresívne, urážlivo a spochybňovali ich odbornosť. Agresívne správanie Pacienta vyvoláva u  zdravotníckych pracovníkov neustále psychické napätie a výrazne narušuje vzťah medzi lekárom a pacientom).*
4. Podľa § 12 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z. z. : *„Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zaniká smrťou osoby, smrťou alebo zánikom poskytovateľa alebo po doručení písomného odstúpenia od dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo doručené písomné odstúpenie od dohody.“*.
5. Zánikom Dohody podľa bodu 4 prestávate byť Pacientom Poskytovateľa.
6. Podľa § 23 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.: *„Pri zmene poskytovateľa ambulantnej starostlivosti z dôvodu odstúpenia od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu podľa § 20 ods. 2 a 3 alebo jej rovnopis do siedmich dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým osoba uzatvorila dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.“*.

S pozdravom

................................................

(titul, meno, priezvisko)