

## Dohoda o náhradě ušlého zisku

### Poskytovatel zdravotních služeb

Název: Vlídna slova s.r.o.  
Sídlo: Leština 11, 580 01 Havlíčkův Brod  
Tel.: 722 207 239  
e-mail: havelka@vlidnaslova.cz  
(dále jen „poskytovatel“)

### Pacient

Jméno a příjmení: .....  
Datum narození: .....  
Zákonný zástupce: .....  
Bydliště: .....  
Tel.: .....  
e-mail: .....

Pacient (zákonný zástupce) je si vědom, že nedostavení se k předem naplánované návštěvě v situaci, kdy nelze včas objednat jiného pacienta, způsobuje poskytovateli zdravotní služby škodu a zároveň snižuje dostupnost péče pro ostatní pacienty.

Pacient (zákonný zástupce) se proto zavazuje, že pokud se, ať již z jakýchkoliv důvodů, nedostaví k plánované návštěvě a neomluví se alespoň 24 hodin před návštěvou, uhradí poskytovateli při následující návštěvě ušlý zisk ve výši stanovené sazebníkem (viz níže).

Pacient (zákonný zástupce) se zavazuje, že pokud si nevyzvedne předepsaný lék v době platnosti receptu a následně bude požadovat vystavení nového receptu, uhradí poskytovateli při následující návštěvě sumu stanovenou sazebníkem (viz níže).

### Sazebník:

Nedostavení se k úvodnímu vyšetření u psychiatra/psychologa	1500 Kč
Nedostavení se ke kontrolnímu psychiatrickému vyšetření	700 Kč
Nedostavení se k psychoterapeutickému sezení	700 Kč
Vystavení nového receptu z důvodu vypršení platnosti receptu původního	200 Kč

V Havlíčkově Brodě dne .....

.....  
poskytovatel

.....  
pacient (zák. zástupce)