

Područni ured _____ Broj osigurane osobe _____

OIB _____

Ime i prezime _____

Godina rođenja i MB osigurane osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

Područni ured: _____

IZJAVA o izboru / promjeni izabranog doktora

Ja * _____
Ime, prezime, adresa prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe

izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da će od _____
dan, mjesec i godina moj izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite za
_____ biti _____
Naziv djelatnosti Ime i prezime doktora

a do tada je bio : _____
Ime i prezime do tada izabranog doktora

U _____, _____ 200____ g. _____
Potpis podnositelja izjave - zakonskog zastupnika/skrbnika

*za maloljetnu osobu ili osobu pod skrbništvom podatke upisuje i izjavu potpisuje zakonski zastupnik odnosno skrbnik

1. PODACI O IZABRANOM / NOVOIZABRANOM DOKTORU

_____ Ime i prezime izabranog doktora

_____ Šifra izabranog doktora

_____ Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

_____ Naziv djelatnosti

_____ Broj osiguranih osoba ugovorenih za tim

_____ Šifra PU

_____ Naziv područnog ureda Zavoda

U _____, _____ 200____ g. _____ M.P. _____
Potpis i faksimil izabranog doktora

2. RAZLOG IZBORA/PROMJENE IZABRANOG DOKTORA**

_____ Upisati razlog izbora / promjene izbora izabranog doktora

_____ Šifra razloga

3. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA

Upisati razlog o odbijanju izbora osigurane osobe

_____ Potpis i faksimil izabranog doktora

| Šifra razloga | Naziv razloga izbora/promjene izabranog doktora |
|---------------|--|
| ** | |
| 01 | Prvi izbor - novorođeni |
| 03 | Prvi izbor - neopredjeljena osigurana osoba |
| 04 | Promjena / izbor unutar roka od godine dana osnovom poziva na izbor za područja na kojima je osnovna mreža nepopunjena |
| 05 | Promjena / izbor unutar roka od godine dana - prestanak rada izabranog doktora u svojstvu ugovornog doktora Zavoda |
| 06 | Promjena unutar roka od godine dana zatražena od osigurane osobe zbog poremećenih odnosa s izabranim doktorom |
| 07 | Promjena unutar roka od godine dana zatražena od izabranog doktora zbog narušenih odnosa s osiguranom osobom |
| 10 | Promjena adrese osigurane osobe |
| 12 | Izbijvanje iz mjesta stanovanja duže od 3 mjeseca |
| 14 | Promjena nakon isteka godine dana |
| 15 | Promjena unutar roka od godine dana - izabrani doktor ima u skrbi više od maksimalnog broja osiguranih osoba |
| 16 | Promjena / izbor unutar roka od godine dana zatražena od osigurane osobe osnovom izjave da je evidentirana kod izabranog doktora bez svog znanja |

Osigurana osoba i izabrani doktor odgovorni su pod materijalnom i kaznenom odgovornošću za unesene podatke.