

Podaci o osiguranoj osobi

Regionalni ured _____	Područna služba _____
MBO _____	
OIB _____	
Ime i prezime _____	
Datum rođenja _____	
Adresa osig. osobe _____	
Grad/naselje _____	Ulica i broj _____

REGIONALNI URED

Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Područna služba _____

IZJAVA o izboru / promjeni izabranog doktora

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

izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da će od _____
dan, mjesec i godina

_____ biti _____
Naziv djelatnosti Ime i prezime doktora

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

U _____, _____ 20____ 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. ustan. - ordin. priv. prakse

_____ Naziv djelatnosti

_____ Broj osiguranih osoba ugovorenih za tim

Šifra RU/PS _____

_____ Naziv regionalnog ureda / područne službe Zavoda

_____ M.P.

U _____, _____ 20____ g. _____
Potpis i faksimil izabranog doktora

2. RAZLOG IZBORA / PROMJENE IZABRANOG DOKTORA**

Upisati razlog izbora / promjene izbora izabranog doktora

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 mreža javno zdravstvene službe 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 zatražena od izabranog doktora zbog poremećenih odnosa s osiguranom osobom, odnosno zbog izrečene mjere osiguranoj osobi o zabrani približavanja izabranom doktoru
10	Promjena adrese osigurane osobe
12	Izbivanje iz mjesta stanovanja duže od 3 mjeseca
14	Promjena nakon isteka roka od 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.

Izjava se ispunjava u 3 primjerka.