

Podaci o osiguranoj osobi

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

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 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 _____, _____ 20___ g. _____ Potpis podnosioca 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

_____ 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

