

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Podru ni ured	Broj osigurane osobe
Broj obveze	-----
Ime i prezime	-----
Godina ro enja i MB osigurane osobe	-----
Grad/naselje	Ulica i broj

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Podru ni ured: VARAŽDIN

**IZJAVA  
o izboru / promjeni izabranog doktora**

Ja \* \_\_\_\_\_  
Ime, prezime, adresa prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe

Izjavljujem i svojim potpisom potvr ujem da e od \_\_\_\_\_ dan, mjesec i godina  
moj izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite za

**ZDR.ZAŠTITA ŽENA** biti **TIM BEZ NOSITELJA-DOM ZDRAVLJA V.Ž.**  
Naziv djelatnosti Ime i prezime doktora

a do tada je bio : \_\_\_\_\_  
Ime i prezime do tada izabranog doktora

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 200 . 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**

**TIM BEZ NOSITELJA-DOM ZDRAVLJA VAR.ŽUP.** \_\_\_\_\_  
Ime i prezime izabranog doktora

Šifra izabranog doktora \_\_\_\_\_

**ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA** \_\_\_\_\_  
Naziv djelatnosti

**0 8 8** \_\_\_\_\_  
Šifra PU

**VARAŽDIN** \_\_\_\_\_  
Naziv podru nog ureda Zavoda

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse **3 6 3 0 3 6 3 0 0**

Broj osiguranih osoba ugovorenih za tim \_\_\_\_\_

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 - novoro eni
03	Prvi izbor - neopredjeljena osigurana osoba
04	Promjena / izbor unutar roka od godine dana osnovom poziva na izbor za podru ja 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 poreme enih 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	Izbivanje 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 odgovornoš u za unesene podatke.**