

## 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

ZAGREB

Područna služba VARAŽDIN

Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

## 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  
**ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA** biti **INGA ŠTIMAC**,  
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

**DOM ZDRAVLJA - INGA ŠTIMAC**  
Ime i prezime izabranog doktora

**ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA**  
Naziv djelatnosti

Šifra RU/PS \_\_\_\_\_ Naziv regionalnog ureda / područne službe Zavoda \_\_\_\_\_  
M.P. \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ g. \_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil izabranog doktora

Šifra izabranog doktora:

Šifra zdr. ustan. - ordin. priv. prakse:

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

## 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.