

IZJAVA O IZBORU I PROMENI IZABRANOG LEKARA

IZBOR **PROMENA**

(upisati znak "x" u odgovarajući kvadratić)

Šifra davaoca usluge

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Osigurano lice

1. _____
(prezime i ime)

2. _____
(RZZO-Filijala)

3.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(JMBG)

4.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(LBO)

5. _____
(adresa: ulica i broj, poštanski broj, mesto, opština)

6. Pol (upisati M za muški ili Ž za ženski)

7. _____
(broj telefona)

Izabrani lekar

1 Doktor medicine, doktor specijalista opšte medicine, specijalista medicine rada

2 Doktor specijalista ginekologije

3 Doktor specijalista pedijatrije

4 Doktor stomatologije

(zaokružiti broj izabranog lekara)

5. _____
(prezime i ime)

6.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(ID broj lekara)

7. _____
(šifra organizacione jedinice davaoca usluge)

8. _____
(broj telefona)

Prethodno izabrani lekar

1. _____
(prezime i ime)

2.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(ID broj lekara)

(popunjava se samo u slučaju promene izabranog lekara)

3. _____
(šifra organizacione jedinice davaoca usluge)

Razlog promene izabranog lekara

1. Protok kalendarske godine
2. Prestanak radnog odnosa izabranog lekara
3. Promena prebivališta osiguranog lica
4. Osigurano lice je nezadovoljno lekarom koji zamenjuje izabranog lekara po isteku roka od 3 meseca
5. Izabrani lekar je odsutan duže od 6 meseci
6. Nesporazum između osiguranog lica i izabranog lekara
7. Drugi razlozi _____

(u slučaju promene izabranog lekara, zaokružiti broj razloga promene)

Izjavljujem da dozvoljavam da nadležni ovlašćeni zdravstveni radnik - nadzornik obaveznog zdravstvenog osiguranja, može da ima uvid u moje lične podatke koji se odnose na ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

_____ datum i mesto

_____ potpis zdravstvenog radnika i pečat davaoca usluge

_____ potpis osiguranog lica ili ovlašćenog lica