

PODACI O OSIGURANOJ OSOBI



Hrvatski zavod
za zdravstveno
osiguranje

MBO: _____
OIB: _____
Ime i prezime: _____
Datum rođenja: _____
Adresa prebivališta: _____ grad/naselje, ulica i broj
Adresa boravišta: _____ grad/naselje, ulica i broj
e-mail i/ili telefon/mobitel ¹ : _____

Ustrojstvena jedinica

naziv

_____|_____|_____|

šifra

IZJAVA

o izboru/promjeni izabranog doktora

Ja _____ izjavljujem i svojim potpisom
(ime, prezime, adresa prebivališta odnosno boravišta osigurane osobe)

Spol: M Ž

potvrđujem da će moj izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti:

- opće/obiteljske medicine
 zdravstvene zaštite predškolske djece
 zdravstvene zaštite žena
 dentalne zdravstvene zaštite

biti _____

ime i prezime doktora

Razlozi izbora/promjene izabranog doktora

_____ _____	²
-------------	--------------

Razlozi izbora/promjene izabranog doktora koji ima maksimalni broj opredijeljenih osiguranih osoba

_____ _____	³
-------------	--------------

datum i mjesto

potpis podnositelja Izjave
zakonskog zastupnika/skrbnika i ⁴

MBO/OIB zakonskog
zastupnika/skrbnika

PODACI O IZABRANOM / NOVOIZABRANOM DOKTORU

Ime i prezime	
Šifra doktora	
Šifra zdravstvene ustanove/ privatnog zdravstvenog radnika	
Djelatnost	

Razlozi odbijanja izbora od strane doktora

_____ _____	⁵
-------------	--------------

datum i mjesto

faksimil i potpis izabranog doktora

¹ Obvezno unijeti jedan od zatraženih podataka.

² Obvezno unijeti odgovarajuću šifru razloga utvrđenu u tablici sa poledine ove tiskanice.

Kod izbora doktora koji nema sklopljen ugovor sa Zavodom i u statusu je kandidata za ugovornog doktora Zavoda (potencijalni doktor) ne unosi se šifra razloga izbora/promjene doktora.

³ U slučaju izbora ugovornog doktora koji ima maksimalni broj osiguranih osoba moguće je unijeti jedan od razloga utvrđen u tablici sa poledine ove tiskanice.

⁴ Za maloljetnu osobu ili osobu pod skrbništvom podatke upisuje i izjavu potpisuje zakonski zastupnik/skrbnik.

⁵ Odgovarajuća šifra razloga iz tablice sa poledine ove tiskanice unosi se samo u slučaju kada doktor odbija izbor

RAZLOG IZBORA / PROMJENE IZABRANOG DOKTORA

Šifra	Razlog
01	Prvi izbor – novorođeni.
03	Prvi izbor - neopredijeljena osigurana osoba.
05	Promjena 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.
10	Promjena unutar roka od godine dana - promjena adrese osigurane osobe.
12	Promjena unutar roka od godine dana - izbivanje iz mjesta stanovanja duže od tri 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.

RAZLOG IZBORA / PROMJENE IZABRANOG DOKTORA KOJI IMA MAKSIMALNI BROJ OPREDIJELJENIH OSIGURANIH OSOBA

Šifra	Razlog
N1	Spajanje članova obitelji.
N2	Nema drugog doktora ugovorenog u djelatnosti na tom području.
N3	Svi doktori ugovoreni u djelatnosti na tom području imaju maksimalni broj opredijeljenih osiguranih osoba.

RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA

Šifra	Razlog
P1	Broj opredijeljenih osiguranih osoba koje ima u skrbi prelazi maksimalan mogući broj utvrđen općim aktom Zavoda.
P2	Između izabranog doktora i osigurane osobe postoji poremećaj međusobnih odnosa.
P3	Osiguranoj osobi izrečena je mjera zabrane približavanja izabranom doktoru.

Osigurana osoba i izabrani doktor odgovaraju pod materijalnom i kaznenom odgovornošću za unesene podatke.

Tiskanica se popunjava u dva primjerka.

HZZO – Direkcija, Zagreb

IzborDr, 20/01/24