

Područni ured \_\_\_\_\_ Broj osigurane osobe \_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_

Ime i prezime \_\_\_\_\_

Godina rođenja i MB osigurane osobe \_\_\_\_\_

Grad/naselje \_\_\_\_\_ Ulica i broj \_\_\_\_\_

Područni ured: \_\_\_\_\_

## IZJAVA o izboru / promjeni izabranog doktora

Ja \* \_\_\_\_\_  
Ime, prezime, adresa prebivališta, odnosno boravka 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 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_ Ime i prezime izabranog doktora

\_\_\_\_\_ Šifra izabranog doktora

\_\_\_\_\_ Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

\_\_\_\_\_ Naziv djelatnosti

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

\_\_\_\_\_ Šifra PU

\_\_\_\_\_ Naziv područnog ureda Zavoda

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 - novorođeni
03	Prvi izbor - neopredjeljena osigurana osoba
04	Promjena / izbor unutar roka od godine dana osnovom poziva na izbor za područja 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 poremećenih 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	Izbijvanje 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 odgovornošću za unesene podatke.