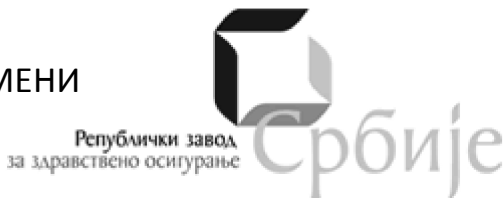


ИЗЈАВА О ИЗБОРУ И ПРОМЕНИ
ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА



ОБРАЗАЦ ИЛ

ИЗБОР ПРОМЕНА

А. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

1. Презиме	2. Име	3. Датум рођења
4. ЛБО	5. Број телефона	6. Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
7. Улица	8. Поштански број	9. Општина
Број	Стан	10. Место

11. НАПОМЕНА: Попуњава само осигурано лице које бира изабраног лекара ван подручја матичне филијале

лице смештено у установу социјалне заштите _____ (назив и адреса установе социјалне заштите)

студент односно ђак _____ (назив и адреса факултета односно школе)

лице смештено у хранитељску породицу _____ (име, презиме и адреса хранитеља)

запослени у МУП и БИА док ради ван пребивалишта _____ (назив места привременог рада)

Б. ПОДАЦИ О ИЗАБРАНОМ ЛЕКАРУ

12. Презиме	13. Име	14. ИД број лекара
-------------	---------	--------------------

15. Назив здравствене установе

16. Област здравствене заштите

Одраслих Деце Жена Стоматологија

17. Специјалност лекара *

Доктор медицине Доктор специјалиста опште медицине Доктор специјалиста медицине рада Доктор специјалиста педијатрије
 Доктор специјалиста гинекологије Доктор стоматологије Остали**

А. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

18. Разлог промене изабраног лекара _____ Име и презиме претходно изабраног лекара

Престанак радног односа изабраног лекара _____

Промена пребивалишта осигураног лица _____ Здравствена установа претходно изабраног лекара

Осигурано лице је незадовољно лекаром који замењује изабраног лекара по истеку рока од 3 месеца _____

Изабрани лекар је одсутан дуже од 6 месеци

Неспоразум између осигураног лица и изабраног лекара

Други разлози (ако је од избора лекара прошло више од годину дана)

Изјављујем да дозвољавам да надлежни овлашћени здравствени радник – надзорник обавезног здравственог осигурања, може да има увид у моје личне податке који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Напомене:

* Специјалности лекара одређене су у складу са одредбом члана 146. Закона о здравственом осигурању (поље 17)

** Избор опције „Остало“ у специјалности лекара (поље 17) обележава се само у случају преноса овашћења на надлежног лекара специјалисту у складу са чланом 37. Правилника о начину у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Изјава се попуњава у 2 (два) примерка

Датум _____

Потпис осигураног лица или овлашћеног лица

Потпис здравственог радника
(М.П.)