

ИЗЈАВА О ИЗБОРУ И ПРОМЕНИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА



ОБРАЗАЦ ИЛ

ИЗБОР ПРОМЕНА

А. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

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

В. РАЗЛОЗИ ПРОМЕНЕ ПРЕТХОДНО ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА

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 овлашћења на надлежног лекара специјалисту у складу са чланом 37. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Изјава се попуњава у 3 (три) примерка

Датум | | | | | | | | | | | | | | | |

Потпис осигураног лица или овлашћеног лица

Потпис здравственог радника

(М.П.)