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]](#footnote-1) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**PODACI O** **OSIGURANOJ OSOBI**

Ustrojstvena jedinica

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naziv šifra

**IZJAVA**

**o izboru/promjeni izabranog doktora**

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ izjavljujem i svojim potpisom Spol: M ☐ Ž ☐

( ime, prezime, adresa prebivališta odnosno boravišta osigurane osobe)

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]](#footnote-2)

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

[[3]](#footnote-3)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum i mjesto potpis podnositelja Izjave MBO/OIB zakonskog

zakonskog zastupnika/skrbnika i [[4]](#footnote-4) 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]](#footnote-5)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum i mjesto faksimil i potpis izabranog doktora

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

1. Obvezno unijeti jedan od zatraženih podataka. [↑](#footnote-ref-1)
2. Obvezno unijeti odgovarajuću šifru razloga utvrđenu u tablici sa poleđine 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. U slučaju izbora ugovornog doktora koji ima maksimalni broj osiguranih osoba moguće je unijeti jedan od razloga utvrđen u tablici sa poleđine ove tiskanice. [↑](#footnote-ref-3)
4. Za maloljetnu osobu ili osobu pod skrbništvom podatke upisuje i izjavu potpisuje zakonski zastupnik/skrbnik. [↑](#footnote-ref-4)
5. Odgovarajuća šifra razloga iz tablice sa poleđine ove tiskanice unosi se samo u slučaju kada doktor odbija izbor [↑](#footnote-ref-5)