

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured	Broj osigurane osobe
OIB	
Ime i prezime	
Godina rođenja i Mat. broj osigurane osobe	
Grad/naselje ulica i broj	

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Područni ured: Rijeka

**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

**Opća/obiteljska medicina** biti **ZRINKA BRADIČIĆ-VIVODA**  
Naziv djelatnosti ime i prezime doktora

a do tada je bio: \_\_\_\_\_  
ime i prezime do tada izabranog doktora

**RIJEKA,** \_\_\_\_\_  
potpis podnositelja izjave - zakonskog zastupnika/skrbnika

\* za maloljetnu osobu ili osobu pod skrbištvom podatke upisuje i izjavu potpisuje zakonski zastupnik odnosno skrbnik

**1. PODACI O IZABRANOM / NOVOIZABRANOM DOKTORU**

**ZRINKA BRADIČIĆ-VIVODA** **0009474** **459945998**  
Ime i prezime izabranog doktora Šifra izabranog doktora Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

**Opća/obiteljska medicina**  
Naziv djelatnosti

**072** **Rijeka**  
Šifra PU Naziv područnog ureda Zavoda

**RIJEKA,** \_\_\_\_\_  
M.P. \_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil izabranog doktora

**2. RAZLOG IZBORA/PROMJENE IZABRANOG DOKTORA\*\***

Promjena nakon isteka godine dana \_\_\_\_\_  
Upisati razlog izbora / promjene izbora izabranog doktora

**14**  
Šifra razloga

**3. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA**

Upisati razlog o odbijanju izbora osigurane osobe \_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil izabranog doktora

Šifra razloga	Šifra razloga
**	
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	Izbivanje 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 god. dana zatražena od osig.osobe osnovom izjave da je evidentirana kod iz.doktora bez svog znanja

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