

IZJAVA O IZBIRI OSEBNEGA ZDRAVNIKA

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA _____

(naziv izvajalca)

2 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum roj.)

(priimek)

(ime)

S podpisom te izjave dovoljujem pristojnim delavcem ZZZS vpogled v podatke iz medicinske dokumentacije, ki jih ti potrebujejo pri vodenju postopkov uveljavljanja in nadzora nad uveljavljanjem pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer vpogled v moje podatke, podatke mojega otroka, posvojenca ali druge osebe pod mojim skrbništvom.

Kraj _____ datum _____

Založnik:  - Obrazec IOZ-V3

PONATIS PREPOVEDAN

3 - IZJAVLJAM, DA JE:

01 - MOJ ZDRAVNIK

02 - ZDRAVNIK MOJEGA OTROKA

03 - ZDRAVNIK DRUGE OSEBE

(priimek zdravnika)

(ime zdravnika)

Številka zdravnika

Šifra zdravstvene dejavnosti zdravnika

4 - RAZLOG ZAMENJAVE

01 - PRESELITEV ZAVAROVANCA

02 - NEZAUPANJE ZAVAROVANCA

03 - ODSOTNOST ZDRAVNIKA

(podpis zavarovane oziroma pooblaščen osebe)

CETIS 000244-04/12/80