

## ИЗЈАВА О ИЗБОРУ И ПРОМЕНИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА

ИЗБОР  ПРОМЕНА 

(уписати знак "x" у одговарајући квадратић)

Шифра даваоца услуге

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Осигурано лице

1. ....

(презиме и име)

4. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ЛБО)

2. ....

(РЗЗО-филијала)

5. ....

(адреса: улица и број, поштански број, место и општина)

3. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ЈМБГ)

6. Пол  (уписати М за мушки или Ж за женски)

7. ....

(број телефона)

## Изабрани лекар

1 Доктор медицине, доктор специјалиста опште  
медицине, специјалиста медицине рада

5. ....

(презиме и име)

2 Доктор специјалиста гинекологије

6. 

--	--	--	--	--	--	--	--

(ИД број лекара)

3 Доктор специјалиста педијатрије

7. ....

(шифра организационе јединице даваоца услуге)

4 Доктор стоматологије

8. ....

(број телефона)

(заокружити број изабраног лекара)

## Претходно изабрани лекар

1. ....

(презиме и име)

2. 

--	--	--	--	--	--	--	--

(ИД број лекара)

(попуњава се само у случају промене  
изабраног лекара)

3. ....

(шифра организационе  
јединице даваоца услуге)

## Разлог промене изабраног лекара

1. Протек календарске године

2. Престанак радног односа изабраног лекара

3. Промена пребивалишта осигураног лица

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

5. Изабрани лекар је одсутан дуже од 6 месеци

6. Неспоразум између осигураног лица и изабраног лекара

7. Други разлози .....

(у случају промене изабраног лекара, заокружити број разлога промене)

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.

.....  
датум и место.....  
потпис здравственог  
радника и печат даваоца  
услуге.....  
потпис осигураног лица или  
овлашћеног лица