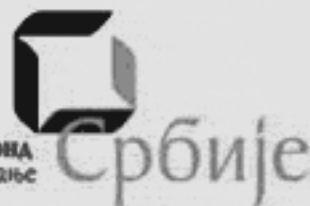


ИЗЈАВА О ИЗБОРУ И ПРОМЕНИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА

Републички фонд
за здравствено осигурање



ОБРАЗАЦ ИЛ

☐ ИЗБОР ☐ ПРОМЕНА

A. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

1. Презиме	2. Име	3. Датум рођења
		Д М Г
4. ЛБО	5. Број телефона	6. Пол ☐ М ☐ 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 БНА док ради ван пребивалишта _____ (назив места привременог рада)

B. 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 **		

B. 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 2 (два) примерка

Датум | | | | | | | |

Потпис осигураног лица или овлашћеног лица

Потпис здравственог радника

(М.П.)