

IZJAVA O IZBIRI:

- 1- OSEBNEGA ZDRAVNIKA
- 2- OSEBNEGA PEDIATRA
- 3- OSEBNEGA ZOBOZDRAVNIKA
- 4- OSEBNEGA GINEKOLOGA

1 - IZVAJALEC	
ŠTEVILKA IZVAJALCA	ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI
(naziv izvajalca)	

0300006

2 - ZAVAROVANA OSEBA	
(število zavarovane osebe)	(datum roj.)
(zavar. podlaga)	(enota ZZZS zavarovanja)
M - 1 Ž - 2	
(príimek)	
(ime)	
(ulica)	
(pošta)	KRAJ

3 - IZJAVLJAM, DA JE:	
a) moj zdravnik	b) zdravnik mojega otroka
(príimek zdravnika)	
(ime zdravnika)	
ŠTEVILKA ZDRAVNIKA	

Nadzornim zdravnikom ZZZS dovoljujem vpogled v moje osebne podatke oziroma osebne podatke mojega otroka iz medicinske dokumentacije, ki se nanašajo na uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Kraj _____ datum _____
podpis zavarovane oziroma pooblašene osebe