

IZJAVA O IZBIRI OSEBNEGA ZDRAVNIKA

0000102

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA

(naziv izvajalca)

2 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum roj.)

(priimek)

(ime)

Nadzornim zdravnikom ZZS dovoljujem vpogled v podatke iz medicinske dokumentacije, ki se nanašajo na uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja, in sicer vpogled v moje podatke oziroma osebne podatke mojega otroka ali druge osebe.

Kraj _____ datum _____

Založi:  - Obrazec IOZ - V2

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)

CE115 000007-004-102-13-0