

IZJAVA O IZBIRI OSEBNEGA ZDRAVNIKA

2316651

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA _____

(naziv izvajalca)

2 - ZAVAROVANA OSEBA

(število zavarovane osebe)

(datum roj.)

(priimek)

(ime)

3 - IZJAVLJAM, DA JE:

01 - MOJ ZDRAVNIK

02 - ZDRAVNIK MOJEGA OTROKA

03 - ZDRAVNIK DRUGE OSEBE

(priimek zdravnika)

(ime zdravnika)

Številka zdravnika _____

Ime zavarovane osebe/otroka _____

4 - RAZLOG ZAMENJAVE

01 - PRESELITEV ZAVAROVANCA

02 - NEZAUPANJE ZAVAROVANCA

03 - ODSOTNOST ZDRAVNIKA

Nadzornim zdravnikom ZZZS 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 _____

(podpis zavarovane oziroma pooblaščen osebe)

Založnik:  - Obrazec IOZ - V2

PCNATIS PREPOVEDAN

1 - ZDRAVNIK <input type="checkbox"/> OSEBNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA : <input type="checkbox"/> POOBlašČENI <input type="checkbox"/> NADOMESTNI	2 - ŠTEVILKA IZVAJALCA
--	---

3 - ZAVAROVANA OSEBA	
..... (številka zavarovane osebe) (datum roj. - MMLLLL)
..... (enota ZZS zavarovanja / reg. št.) (zavar. podlaga)
..... (priimek)	
..... (ime)	M - 1 Ž - 2
..... (ulica)	
POŠTA :	KRAJ :

PZZ:

šifra zavarovalnice 4 - RAZLOG OBRAVNAVE <input type="checkbox"/> 1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA) <input type="checkbox"/> 2 - POŠKODBA IZVEN DELA <input type="checkbox"/> 3 - POKLICNA BOLEZEN <input type="checkbox"/> 4 - POŠKODBA PRI DELU <input type="checkbox"/> 5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA	šifra zavarovanja 5 - NAČIN DOPLAČILA <input type="checkbox"/> 1 - BREZ DOPLAČILA <input type="checkbox"/> 2 - ZAVAROVANA OSEBA <input type="checkbox"/> 3 - ZAVAROVALNICA	številka police 6 - TUJI ZAVAROVANEC šifra države farmacevt
---	---	---

Rp./ 



Žig
izvajalca

.....
(datum)

.....
(podpis in imenski žig zdravnika)



* 9 9 5 2 0 9 0 1 4 *

1 - ZDRAVNIK

OSEBNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA
 POOBlašČENI NADOMESTNI

2 - ZAVAROVANA OSEBA

..... (številka zavarovane osebe) (datum roj. MMLLLL)
..... (enota ZZS zavarovanja / reg. št.) (zavar. podlaga)
..... (priimek)
..... (ime) M - 1 Ž - 2
..... (ulica)
POŠTA KRAJ

PZZ:

šifra zavarovalnice

šifra zavarovanja

številka police

3 - RAZLOG OBRAVNAVE

4 - NAČIN DOPLAČILA

5 - KONVENCIJA

- 1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA)
2 - POŠKODBA IZVEN DELA
3 - POKLICNA BOLEZEN
4 - POŠKODBA PRI DELU
5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

- 1 - BREZ DOPLAČILA
2 - ZAVAROVANA OSEBA
3 - ZAVAROVALNICA

.....
šifra države

farmacevt

Rp./



..... (datum)

..... (podpis in imenski žig zdravnika)