

## IZJAVA O IZBIRI OSEBNEGA ZDRAVNIKA IN DOVOLJENJE ZA VPOGLED V MEDICINSKO DOKUMENTACIJO

### 1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA  
IZVAJALCA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(naziv izvajalca)

### 2 - ZAVAROVANA OSEBA

\_\_\_\_\_  
(številka 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

\_\_\_\_\_  
šifra zdravstvene dejavnosti zdravnika

### 4 - RAZLOG ZAMENJAVE

01 - PRESELITEV ZAVAROVANCA

02 - NEZAUPANJE ZAVAROVANCA

03 - ODSOTNOST ZDRAVNIKA

04 - DRUGO

S to izjavo izberem v rubriki 3 navedenega zdravnika za osebnega zdravnika ter dovoljujem nadzornim zdravnikom in zobozdravnikom ter imenovanim zdravnikom in zdravstveni komisiji ZZZS v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju vpogled v tiste podatke iz medicinske dokumentacije, ki se nanašajo na upravičenost obračunanih zdravstvenih storitev in uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer vpogled v moje podatke, podatke mojega otroka, posvojenca ali druge osebe pod mojim skrbništvom. Seznanjen(a) sem, da v kolikor izjave ne podpišem, ZZZS na osnovi Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ni dolžan poravnati tistih stroškov, ki jih ni mogoče preveriti.

Kraj \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis zavarovane oziroma pooblašcene osebe)