

ИЗЈАВА о избору/промјени доктора на примарном нивоу здравствене заштите

Име и презиме: _____

Јединствени матични број ЈМБ

Број личне карте

Адреса: _____

Број телефона: _____

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Пословница/експозитура _____

Датум:
дан мјесец година

М. П.

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Име и презиме доктора породичне медицине Разлог избора/промјене – шифра Датум: дан мјесец година _____ потпис подносиоца изјаве	Здравствена установа/амбуланта ТПМ – шифра Одбијам ☐ Разлог одбијања – шифра * _____ потпис или факсимил доктора породичне медицине М.П.
--	--

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТИ ПЕДИЈАТРИЈЕ

Име и презиме доктора медицине специјалисте педијатрије Разлог избора/промјене – шифра Датум: дан мјесец година _____ потпис законског заступника	Здравствена установа/амбуланта Шифра доктора медицине специјалисте педијатрије Одбијам ☐ Разлог одбијања – шифра * _____ потпис или факсимил доктора медицине специјалисте педијатрије М.П.
--	---

Име и презиме доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства	Здравствена установа/амбуланта
Разлог избора/промјене – шифра	Шифра доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства
Датум:	Одбијам Разлог одбијања – шифра *
дан мјесец година	потпис или факсимил доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства
потпис осигураног лица	М.П.

Шифра разлога	Назив разлога избора/промјене доктора на примарном нивоу здравствене заштите
01	Први избор – новорођени
02	Први избор – неопредијељена осигурана лица
03	Промјена након истека годину дана
04	Промјена унутар рока од годину дана – промјена мјеста пребивалишта
05	Промјена унутар рока од годину дана – ако изабрани доктор престане радити у уговорној здравственој установи
06	Промјена унутар рока од годину дана – ако изабрани доктор промијени сједиште амбуланте
07	Промјена унутар рока од годину дана – ако изабрани доктор одсуствује са рада непрекидно дуже од шест мјесеци
10	Промјена унутар рока од годину дана – на основу изјаве осигураног лица да је код изабраног доктора евидентиран без свог знања
11	Промјена унутар рока од годину дана – због поремећених међусобних односа
12*	Ако број регистрованих осигураних лица прелази максималан број утврђен стандардима и нормативима

Изјава се испуњава у потребном броју примјерака

ПРИЛОГ 2

ПРИЈЕДЛОГ ЗА ДОДЈЕЛУ ОВЛАШЋЕЊА/ИЗМЈЕНУ ПОДАТАКА О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ КОЈЕМ ЈЕ ДОДИЈЕЉЕНО ОВЛАШЋЕЊЕ/ОДУЗИМАЊЕ ОВЛАШЋЕЊА

Назив подносиоца приједлога / здравствене установе	
Адреса и контакт телефон подносиоца приједлога / здравствене установе	
Име и презиме контакт особе	
Број и датум приједлога	
Садржај приједлога	☐ додјела овлашћења ☐ измјена података о доктору медицине којем је додијељено овлашћење ☐ одузимање овлашћења

Име и презиме доктора медицине	
Датум рођења доктора медицине	
ЈМБ доктора медицине	
Доктор медицине (специјалност/супспецијалност)	
Датум стицања звања специјалисте/супспецијалисте	
Установа у којој је доктор медицине запослен/ангажован	
Датум пријаве овлашћења	
Датум одузимања овлашћења	
Датум измјене података о доктору медицине	
Разлог додјељивања овлашћења/измјене података о доктору медицине / одузимања овлашћења	

Одговорно лице:

М. П.

потпис

Датум:

пуно име и презиме