



Prosimo, da izjavo pozorno preberete in izpolnite manjkajoče rubrike ter izjavo pošljite ali izročite izbranemu osebnemu zdravniku otroka.

IZJAVA UPRAVIČENCA

za

UVELJAVLJANJE SPREMSTVA ZAVAROVANE OSEBE NA POTI DO IZVAJALCA ZDRAVSTVENIH STORITEV

_____, rojen-a _____,
(ime in priimek upravičenca do spremstva- mama)

_____, rojen-a _____,
(ime in priimek upravičenca do spremstva- oče)

stanujoč-a _____,

Za namen ugotavljanja upravičenosti izdaje listine » Potrdilo o spremstvu zavarovane osebe na poti do izvajalca zdravstvenih storitev«, ki je podlaga za izplačilo nadomestila začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka:

_____, rojenega _____,
(ime in priimek otroka)

Izjavljam, da sem seznanjen-a, da nimam pravice do spremstva otroka:

- Če zavarovana oseba opravi samoplačniško zdravstveno storitev
- Če je otrok dopolnil 15 let in je ob pregledu otrokovo zdravstveno stanje takšno, da ne zahteva spremljevalca na poti

Če potrebujete spremstvo za otroka, ki je že dopolnil 15 let, mora biti potreba po spremstvu ugotovljena **pred** samim potovanjem, razen v izjemnih primerih, pri čemer se lahko pravica odobri le v primeru, ko to zahteva zdravstveno stanje.

Zdravnik ali imenovani zdravnik prizna spremstvo **le za toliko časa, kot je potrebno, da se določena zdravstvena storitev opravi**, s tem, da se upošteva tudi ure, ki so potrebne za prihod z dela oziroma na delo. Spremstvo ne pomeni avtomatično odsotnost z dela za cel delovni dan, ampak bolj običajno samo za določene ure.

Izjavljam, da sem seznanjen-a s pravili ZZS, s podpisom zagotavljam, da sem izbranemu ali imenovanemu zdravniku posredoval-a točne podatke o vrsti in trajanju koriščenja pravice do spremstva in spremstva nisem zahteval-a v primeru samoplačniškega pregleda.

V _____, dne _____
(kraj) (datum) (podpis upravičenca)