



IZJAVA PACIENTA

Podpisani pacient¹ _____

roj. _____, stanujoč _____

naročen dne _____, skladno z 10. členom *Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dob* (Uradni list RS, št. 3/18, 201/20, 103/21 in 132/22) podajam **izjavo**, da me je izvajalec SŽ - Železniški zdravstveni dom Ljubljana **seznanil**:

- da čakalna doba za zdravstveno storitev, na katero se naročam pri ŽZD Ljubljana, pri tem izvajalcu presega najdaljšo dopustno čakalno dobo
- s predlogom izvedbe zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo
- z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri drugem izvajalcu
- z informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije v primeru, da drugega izvajalca z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni
- da sem bil ob odklonitvi izvedbe pri drugem izvajalcu ob podpisu te izjave s strani pooblaščenega osebe izvajalca za čakalni seznam obveščen o možnosti izvedbe zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe pri drugem izvajalcu

Pacient sem bil ob podpisu te izjave s strani pooblaščenega osebe izvajalca za čakalni seznam posebej opozorjen, da omejitev glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne velja za pacienta, ki želi, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu ali zdravstvenem sodelavcu in za pacienta, ki ima določen nadomestni termin.

Datum: _____

Podpis pacienta :

To podpisano izjavo pošljite v 5 delovnih dneh na naslov ŽZD LJUBLJANA, Služba za naročanje, Celovška cesta 4, 1000 Ljubljana.

¹ V tej izjavi uporabljeni *izrazi*, ki se nanašajo na osebe in so zapisani v *moški* slovnični *obliki*, so uporabljeni kot *nevtralni* za ženski in *moški* spol.