

 Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča - Cerklja	OBRAZEC IZJAVA O ČASU POTOVANJA DO/OD IZVAJALCA ZDRAVSTVENIH STORITEV	Številka obrazca
		OB OPMED02 13
		Verzija: 01
		27.11.2025

PROCES DELA V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE
IN SPECIALISTIČNIH AMBULANTAH

_____, rojen-a _____,
(ime in priimek zavarovane osebe) (datum rojstva)

stanujoč-a _____,
(naslov prebivališča)

za namen ugotavljanja začasne zadržanosti od dela zaradi uveljavljanja zdravstvene storitve

- ☐ zame
- ☐ zaradi spremstva osebe: _____, roj. _____
(ime in priimek povezane zavarovane osebe, ki potrebuje spremstvo) (datum rojstva povezane osebe)

i z j a v l j a m,

I.

- da sem zaradi potovanja k izvajalcu zdravstvenih storitev, kjer sem opravil zdravstveno storitev za sebe oziroma zaradi potovanja k izvajalcu zdravstvenih storitev, kamor sem spremljal drugo zavarovano osebo,

porabil _____ ur.

Razlog, da je dejanski čas potovanja presegel običajni čas potovanja:

_____.

II.

- da sem seznanjen-a, da ZZSZ v postopku direktnega izplačila nadomestila oz. povračila nadomestila delodajalcu preverja pravilnost ter resničnost posredovanih podatkov. Če ZZSZ naknadno ugotovi, da posredovani podatki niso resnični, lahko zahteva povračilo neupravičeno izplačanega nadomestila plače od zavarovane osebe. V primeru posredovane lažne izjave oz. listine je zavarovana oseba tudi kazensko odgovorna.

v _____, dne _____
(kraj) (datum) (podpis zavarovane osebe)