

**PONUĐA KONCESIONARA  
ZA UGOVARANJE DODATNIH MOGUĆNOSTI  
ZA 2014. GODINU**

Regionalni ured/područna služba HZZO: \_\_\_\_\_

**Opći podaci**

|                           |   |                           |         |
|---------------------------|---|---------------------------|---------|
| <b>Naziv djelatnosti:</b> | Dentalna zdravstvena zaštita (polivalentna) | <b>Šifra djelatnosti:</b> | 1050000 |
|---------------------------|---|---------------------------|---------|

**PODACI O TIMU**

|  |    |  |              |
|--|----|--|--------------|
| Ime i prezime doktora:                   |    |  |              |
| Identifikacijski broj doktora:           |    |  |              |
| Specijalizacija*<br>(označiti x-om)      | DA |  | Naziv spec.: |
|  | NE |  |              |
| Ime i prezime medicinske sestre:         |    |  |              |
| Identifikacijski broj medicinske sestre: |    |  |              |

\* podatak isključivo radi statistike Zavoda

**PODACI O ORDINACIJI**

|   |    |  |           |
|---|----|--|-----------|
| Ordinacija u zakupu DZ<br>(označiti x-om) | DA |  | Naziv DZ: |
|   | NE |  |           |

Puni naziv privatne prakse/ustanove za zdravstvenu skrb:  
(u skladu s Rješenjem Ministarstva zdravlja)

|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| Šifra privatne prakse/ustanove za zdrav. skrb:        |                          |  |
| Žiro račun privatne prakse/ustanove za zdrav. skrb:   |                          |  |
| Matični broj privatne prakse/ustanove za zdrav. skrb: |                          |  |
| Adresa ordinacije:                                    | Ulica i kućni broj:      |  |
|   | Poštanski broj i mjesto: |  |
| Grad/općina sukladno Mreži:                           |                          |  |

**Podaci za kontakt**

|          |  |
|----------|--|
| Tel:     |  |
| Mob:     |  |
| Fax:     |  |
| E-pošta: |  |

**U prilogu:** 1. Odobrenje za samostalan rad mjerodavne komore za doktora i dentalnog asistenta (med. sestru/tehničara), 2. Uvjerenje o položenom specijalističkom ispitu (pedodoncija, oralna patologija ...), 3. Uvjerenje o obavljenoj dodatnoj edukaciji

**Dodatne mogućnosti**

(označiti x-om):

**I. Provođenje preventivnih programa**

(ne uključuje provođenje nacionalnih preventivnih programa)

|           |  |
|-----------|--|
| <b>DA</b> |  |
| <b>NE</b> |  |

- u slučaju odabira provođenja preventivnog programa potrebno je popuniti tablicu u nastavku

|   |
|---|
| Naziv posebnog/preventivnog programa (definiranje sadržaja) |
|   |

**II. Rad u skupnoj praksi**

|           |  |
|-----------|--|
| <b>DA</b> |  |
| <b>NE</b> |  |

- u slučaju odabira rada u skupnoj praksi potrebno je popuniti tablicu u nastavku te priložiti ponudi međusobni ugovor članova skupne prakse

Podaci o članovima skupne prakse:

| Red. broj | Djelatnost | Ime i prezime doktora | Šifra doktora | Šifra ordinacije | Adresa ordinacije |
|-----------|------------|-----------------------|---------------|------------------|-------------------|
|           |            |                       |               |                  |                   |
|           |            |                       |               |                  |                   |
|           |            |                       |               |                  |                   |
|           |            |                       |               |                  |                   |
|           |            |                       |               |                  |                   |
|           |            |                       |               |                  |                   |
|           |            |                       |               |                  |                   |

**III. Pružanje dodatnih usluga osiguranim osobama Zavoda (5☆)**

| Naziv dodatne usluge |   | DA | NE | Definiranje sadržaja |
|----------------------|---|----|----|----------------------|
| 1                    |   | 2  | 3  | 4                    |
| ☆                    | Sudjelovanje tima u e- zdravstvu  |    |    |                      |
| ☆                    | Naručivanje osiguranih osoba u zadani termin  |    |    |                      |
| ☆                    | Rad s osiguranim osobama s posebnim potrebama   |    |    |                      |
| ☆                    | Organiziranje grupnog/specifičnog savjetovišta<br>(u stupac 4 upisati naziv/vrstu savjetovišta) |    |    |                      |
| ☆                    | Osiguranje dostupnosti u slučaju hitnosti   |    |    |                      |

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_

M. P.

Potpis i faksimil doktora: