

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

Regionalni ured/područna služba HZZO: _____

Opći podaci

Naziv djelatnosti:	Opća/obiteljska medicina	Šifra djelatnosti:	1010000
---------------------------	--------------------------	---------------------------	---------

PODACI O TIMU

Ime i prezime doktora:			
Identifikacijski broj doktora:			
Specijalizacija opće/obiteljske medicine (označiti x-om)	DA		
	NE		
Specijalizacija ostalih specijalnosti* (školska med., med. rada, psihijatrija, interna med. i sl.)	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 (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 med. sestru/tehničara, 2. Uvjerenje o položenom specijalističkom ispitu bez obzira na ugovorenu djelatnost (školska med., med. rada, psihijatrija, interna med. i sl.), 3. Uvjerenje o obavljenoj dodatnoj edukaciji u provođenju UZV dijagnostike i ostalih dijagnostičkih i terapijskih postupaka

Dodatne mogućnosti

(označiti x-om):

I. Provođenje preventivnih programa

(ne uključuje provođenje nacionalnih preventivnih programa)

DA	
NE	

II. Rad u skupnoj praksi

DA	
NE	

- 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
☆	Organiziranje savjetovališta (u stupac 4 upisati naziv/vrstu savjetovališta)			
☆	Sudjelovanje tima u e- zdravstvu			
☆	Naručivanje na preglede u ordinaciji			
☆	Uzimanje uzoraka za primarnu laboratorijsku dijagnostiku u ordinaciji			
☆	Osigurano određeno vrijeme doktora za telefonske konzultacije osiguranim osobama (u stupac 4 upisati termin)			

Mjesto i datum: _____

M.P.

Potpis i faksimil doktora: