

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

Regionalni ured/područna služba HZZO: _____

Opći podaci

Naziv djelatnosti:	Zdravstvena zaštita žena	Šifra djelatnosti:	1040000
---------------------------	--------------------------	---------------------------	---------

PODACI O TIMU

Ime i prezime doktora:	
Identifikacijski broj doktora:	
Ime i prezime medicinske sestre:	
Identifikacijski broj medicinske sestre:	

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 (interna medicina, psihijatrija i sl.), 3. Uvjerenje o obavljenoj dodatnoj edukaciji u provođenju UZV dijagnostike (dojka)

Dodatne mogućnosti

(označiti x-om):

I. Provođenje preventivnih programa

(ne uključuje provođenje nacionalnih preventivnih programa)

DA	
NE	

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

Naziv posebnog/preventivnog programa (definiranje sadržaja)

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 malim grupama (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			
☆	Uzimanje i dostava uzoraka za mikrobiološku dijagnostiku u ordinaciji			

Mjesto i datum: _____

M.P.

Potpis i faksimil doktora: