

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**  
**Povezivanje zdravstvenih ustanova u djelatnosti zdravstvene njege u kući sa Centralnim informacijskim sustavom u Republici Hrvatskoj**

Zahtjev za dodjelom/opozivom ovlaštenja zdravstvenih djelatnika

DODJELA OVLAŠTENJA

OPOZIV OVLAŠTENJA

**1. Podaci o ugovornoj zdravstvenoj ustanovi**

Naziv zdravstvene ustanove i adresa

Šifra zdravstvene ustanove

OIB

Proizvođač programske podrške

Datum početka ugovora s proizvođačem programske podrške

**2. Popis zdravstvenih djelatnika, ovlaštenih osoba za pristup Informacijskom sustavu u djelatnosti zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj**

Šifra zdravstvene ustanove / podružnice	MBO zdravstvenog djelatnika	Šifra zdravstvenog djelatnika	Ime i prezime zdravstvenog djelatnika	Broj telefona zdravstvene ustanove	Mobilni broj zdravstvenog djelatnika	Ovlaštena osoba za zastupanje (zdravstveni djelatnik)
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
						<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

Napomene:

- Zdravstveni djelatnici za koje je zatraženo ovlaštenje predajom ove tiskanice Zavodu, imati će pristup Informacijskim sustavu u djelatnosti zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj. Opozivom ovlaštenja sprječava se zlouporaba dodjeljenih ovlasti, odnosno pristup CEZIH-u.
- Broj telefona zdravstvene ustanove, odnosno mobilni broj telefona zdravstvenog djelatnika je broj s kojeg će zdravstveni djelatnik zvati Helpdesk Zavoda u slučaju incidenta. Broj telefona pozivatelja će se povratnim pozivom provjeravati.

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe za zastupanje ugovorne zdravstvene ustanove  
(zdravstveni djelatnik)

M.P.