

Regionalni ured/područna služba

OBAVIJEST O ZAMJENI

za djelatnosti
zdravstvene njege u kući / fizikalne terapije u kući / patronažne zdravstvene zaštite

1. Podaci o zdravstvenoj ustanovi/privatnoj praksi:

_____ (šifra zdrav. ustanove/privatne prakse) _____ (naziv, adresa-ulica, kućni broj, pošta)

organizacijska jedinica zdravstvene ustanove:

_____ (šifra org. jedinice) _____ (naziv, adresa-ulica, kućni broj, pošta)

2. Podaci o ugovornoj medicinskoj sestri za zdravstvenu negu u kući/ fizioterapeutu/ patronažnoj sestri za koju se prijavljuje zamjena:

_____ (identifikacijski broj zdrav. radnika)

_____ (ime i prezime)

Razlog zamjene: _____

3. Podaci o zamjenskoj medicinskoj sestri za zdravstvenu negu u kući/ fizioterapeutu/ patronažnoj sestri:

	Identifikacijski broj zdravstvenog radnika	Ime i prezime zdravstvenog radnika	Razdoblje zamjene	
			OD	DO
1.				
2.				
3.				

M.P

U _____ 201__g.

Potpis ravnatelja ili ovlaštene osobe zdr. ustanove/privatne prakse