

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Povezivanje zdravstvenih ustanova u djelatnosti fizikalne terapije 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 dobavljačem programske podrške

2. Popis zdravstvenih djelatnika, ovlaštenih osoba za pristup Informacijskom sustavu u djelatnosti fizikalne terapije 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
						<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 fizikalne terapije 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.