Kinnitatud

Eesti Haigekassa

juhatuse 17.12.2014. a otsusega nr 535

Lisa *11*

Üldarstiabi rahastamise lepingu nr…. juurde

|  |
| --- |
| *Kuupäev*    *.........../........../...............* |
| *Taotluse registreerimise number*  *20.… - .........................* |

**Taotlus**

**Perearsti nimistut teenindava täistööajaga teise pereõe rahastamiseks**

1. Üldarstiabi tervishoiuteenuse osutaja andmed

|  |  |
| --- | --- |
| Ärinimi |  |
| Äriregistri kood |  |
| Üldarstiabi rahastamise lepingu number |  |
| Kontaktandmed (telefon, e-postiaadress) |  |

1. Kinnitatud nimistuga töötav(ad) perearst(id) (edaspidi Perearst) ja tema nimistut teenindavad pereõed1

* 1. Perearsti andmed

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tervishoiutöötaja registrikood | Eesnimi(ed) | Perekonnanimi | Tegevuskoha aadress, kus on  täidetud punktis 3 esitatud ruuminõuded |
|  |  |  |  |

* 1. Perearsti nimistut teenindavate pereõdede andmed

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jrk nr | Tervishoiutöötaja registrikood2 | Eesnimi(ed) | Perekonnanimi | Töökoormus antud perearsti nimistut teenindades3 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
|  |  | Per | eõdede töökoormus kokku: |  |

1. Tabeleid lisada vastavalt perearstide arvule, kelle kohta taotlus tehakse
2. Tudengite korral jätta koodi lahter täitmata ning lisada taotlusele õppimist tõendav dokument (kooli kinnitus). 3 Pereõe töökoormus märgitakse täpsusega kaks kohta peale koma

*2.3 Kuupäev, mis hetkest hakkab teine pereõde teenust osutama.*

3. Taotluses esitatud Perearsti tegevuskohas, kus õdede summaarne tööaeg on vähemalt kaks täistööaega, on täidetud järgmised tingimused:

* 1. Juhul, kui taotluses esitatud Perearsti nimistut teenindavad pereõed teenindavad mitut nimistut, nende summaarne tööaeg ei ületa 52 tundi seitsmepäevase ajavahemiku kohta.
  2. Pereõdede, kelle summaarne tööaeg kokku on vähemalt kaks täistööaega, iseseisev vastuvõtuaeg on kummalgi õel vähemalt 20 tundi nädalas.
  3. Perearsti tegevuskohas on vähemalt kaks vastuvõturuumi suuruses vähemalt 16 m2 ja 12 m2 ning protseduuriruum suuruses vähemalt 16 m2 või vähemalt kolm vastuvõturuumi kõik suuruses vähemalt 12 m2 ja protseduuriruum suuruses vähemalt 16 m2.

Kinnitan, et antud taotluses esitatud andmed on õiged.

………/………………./……….

*/kuupäev/*

Üldarstiabi tervishoiuteenuse osutaja juht või volitatud esindaja

# /allkiri/