

Kinnitatud  
Eesti Haigekassa juhatusel  
17.12.2014. a otsusega nr 535  
Lisa II  
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)	

2. Kinnitatud nimistuga töötav(ad) perearst(id) (edaspidi Perearst) ja tema nimistut teenindavad pereõed<sup>1</sup>

2.1. Perearsti andmed

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

2.2 Perearsti nimistut teenindavate pereõdede andmed

Jrk nr	Tervishoiutöötaja registrikood <sup>2</sup>	Eesnimi(ed)	Perekonnanimi	Töökoormus antud perearsti nimistut teenindades <sup>3</sup>
1.				
2.				
3.				
4.				
Pereõdede töökoormus kokku:				

<sup>1</sup> Tabeleid lisada vastavalt perearstide arvule, kelle kohta taotlus tehakse

<sup>2</sup> Tudengite korral jätta koodi lahter täitmata ning lisada taotlusele õppimist tõendav dokument (kooli kinnitus).

<sup>3</sup> 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 pereõded 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 m<sup>2</sup> ja 12 m<sup>2</sup> ning protseduuriruum suuruses vähemalt 16 m<sup>2</sup> või vähemalt kolm vastuvõturuumi kõik suuruses vähemalt 12 m<sup>2</sup> ja protseduuriruum suuruses vähemalt 16 m<sup>2</sup>.

Kinnitan, et antud taotluses esitatud andmed on õiged.

...../...../.....  
/kuupäev/

Üldarstiabi tervishoiuteenuse osutaja juht või volitatud esindaja  
/allkiri/