

Taotlus perearsti nimistut teenindava teise pereõe rahastamiseks

1. Tervishoiuteenuse osutaja andmed

Ärinimi:

Äriregistri kood:

Üldarstiabi rahastamise lepingu number:

Telefon:

E-posti aadress:

2. Perearsti andmed

Nimistu number:

Tervishoiutöötaja registrikood:

Eesnimi:

Perekonnanimi:

Tegevuskoha aadress:

Teise pereõe tööle asumise kuupäev

Pereõdede andmed ja töögraafikud palume täita taotluse teisel leheküljel.

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, ei ületa nende summaarne tööaeg 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 õdede vastuvõturuumide riskiasutus on lubatud juhul, kui kõikide õdede iseseisev vastuvõtt on tagatud.
4. Teise pereõe töötamisel osakoormusel rakendub vastavalt töökoormusele teenusele koodiga 3059 ja 3094 koefitsient vastavalt tegelikule koormusele.

3.Perearsti nimistut teenindavate pereõded andmed ja töögraafikud:

1.	Tervishoiutöötaja registrikood*	Eesnimi	Perekonnanimi	Töökoormus		
	<small>* Üliõpilaste korral jätta koodi lahter täitmata ning lisada taotlusele õppimist tõendav dokument (kooli kinnitus).</small>	Esmaspäev	Teisipäev	Kolmapäev	Neljapäev	Reede
	Pereõde tööaeg					
	<i>sh iseseisva vastuvõtu kellaeg (1.0 koormusega öde/ 20h nädalas)</i>					
2.	Tervishoiutöötaja registrikood	Eesnimi	Perekonnanimi	Töökoormus		
		Esmaspäev	Teisipäev	Kolmapäev	Neljapäev	Reede
	Pereõde tööaeg					
	<i>sh iseseisva vastuvõtu kellaeg (1.0 koormusega öde/ 20h nädalas)</i>					
3.	Tervishoiutöötaja registrikood	Eesnimi	Perekonnanimi	Töökoormus		
		Esmaspäev	Teisipäev	Kolmapäev	Neljapäev	Reede
	Pereõde tööaeg					
	<i>sh iseseisva vastuvõtu kellaeg (1.0 koormusega öde/ 20h nädalas)</i>					

Pereõdede töökoormus kokku:

Tervishoiuteenuse osutaja esindusõigusliku isiku nimi:

Kuupäev:

Allkirjastatud digitaalselt