



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije
Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana
www.zzzs.si



Obvestilo o trajni odsotnosti zdravnika pri izvajalcu

1. Podatki o izvajalcu

Šifra izvajalca: _____

Naziv izvajalca: _____

Naslov izvajalca: _____

2. Podatki o zdravniku

Šifra zdravnika: _____

Priimek in ime zdravnika: _____

Šifra vrste in podvrste dejavnosti zdravnika, ki jo(jih) je zdravnik opravljal:

Ustrezno označiti	Vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (IOZ)
	302001 - Splošna dejavnost - splošna ambulanta
	327009 - Splošna dejavnost - otroški in šolski dispanzer (v deležu kurative)
	306007 - Splošna dejavnost - dispanzer za ženske
	302002 - Splošna dejavnost - SA v socialnem zavodu
	327013 - Splošna dejavnost - OD, ŠD v drugih zavodih
	404101 - Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje odraslih
	404103 - Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje mladine
	402111 - Zobozdravstvena dejavnost - pedontologija
	404105 - Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje študentov

Datum začetka trajne odsotnosti: _____

3. Razlog odsotnosti zdravnika

Ustrezno označiti	Vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (IOZ)
	Sprememba vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (ne velja za spremembe podvrste dejavnosti zdravnika znotraj iste skupine dejavnosti)
	Upokojitev zdravnika
	Prenehanje delovnega razmerja zaradi odhoda v zasebno prakso Prenos programa: DA NE
	Prenehanje delovnega razmerja
	Sprememba dejavnosti - ni pogojev za IOZ
	Druga enota – prenos izbir

4. Podatki o zdravniku, ki bo nadomestil trajno odsotnega IOZ

Podatek se vpiše, če izvajalec z njim razpolaga

Zap. št.	Šifra zdravnika	Priimek in ime zdravnika
1		

Odgovorna oseba: _____

Podpis odgovorne osebe: _____

Datum: _____

Prostor za žig