



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



Obvestilo o začasni odsotnosti zdravnika pri izvajalcu (odsotnost daljša od treh mesecev)

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) zdravnik opravlja:

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
	404101 – Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje odraslih
	404103 – Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje mladine
	402111 – Zobozdravstvena dejavnost – pedontologija
	404105 - Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje študentov

Predviden čas trajanja odsotnosti od: _____ do _____

Razlog odsotnosti zdravnika:

3. Seznam nadomestnih zdravnikov

Zap. št.	Šifra zdravnika	Priimek in ime zdravnika
1		
2		
3		
4		

Odgovorna oseba: _____

Podpis odgovorne osebe: _____

Datum: _____

Prostor za žig