

IČO

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 6 | 3 | 5 | 1 | 6 | 2 |
| 9 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | T | 9 | 1 | N | 0 | 0 | 2 |

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO

Městská nemocnice Ostrava

PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-01 / 8.11.11 / 4\_12  
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

Platnost smlouvy ode dne

1.1.2013

Číslo složky

Číslo dodatku

Datum uplatnění od

1.10.2017

Datum uplatnění do

31.12.2018

Formulář obsahuje část



Smluvní i informativní



Jen smluvní



Jen informativní

Typ CA

PRACOVISŤE AMBULANTNÍ PÉČE  
součást primariátu uvedeného ve formuláři typu C  
(část smluvní)

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISŤE (IČP)

9 1 0 0 1 8 2 1

NÁZEV PRACOVISŤE

Dermatovenerologická ambulance

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 0 8

VARIABILNÍ SYMBOL

(jen je-li přidělen v SZZ)

## ADRESA PRACOVISŤE

| Město / Obec | Ulice      | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    |
|--------------|------------|---------------|------------|--------|
| Ostrava      | Nemocniční | 20            | 898        | 728 80 |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISŤE

4 0 4

## ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Počet dnů poskytování péče v týdnu

5

Počet hodin poskytování péče v týdnu

4 0

(zaokrouhleno na celé hodiny)

## ROZVRH HODIN POSKYTOVÁNÍ PÉČE (hh:mm)

|         | od    | do    | od | do | místo provozování                    |
|---------|-------|-------|----|----|--------------------------------------|
| Pondělí | 07:00 | 15:30 |    |    | Amb. 1: Nemocniční 20, Ostrava 72880 |
| Úterý   | 07:00 | 15:30 |    |    | Amb. 1: Nemocniční 20, Ostrava 72880 |
| Středa  | 07:00 | 15:30 |    |    | Amb. 1: Nemocniční 20, Ostrava 72880 |
| Čtvrtek | 07:00 | 15:30 |    |    | Amb. 1: Nemocniční 20, Ostrava 72880 |
| Pátek   | 07:00 | 15:30 |    |    | Amb. 1: Nemocniční 20, Ostrava 72880 |
| Sobota  |       |       |    |    |                                      |
| Neděle  |       |       |    |    |                                      |

KVALIFIKACE VEDOUcíHO PRACOVIŠTĚ – LÉKAŘE

|                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------|--|
| Specializovaná způsobilost v oboru                        |  |
| Funkční licence k výkonu odborných a diagnostických metod |  |
| Jiná speciální odborná způsobilost                        |  |

KVALIFIKACE VEDOUcíHO PRACOVIŠTĚ – NELÉKAŘE

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Odborná způsobilost v oboru          |  |
| Specializovaná způsobilost v oboru   |  |
| Zvláštní odborná způsobilost v oboru |  |
| Jiná speciální odborná způsobilost   |  |

DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUcíHO PRACOVNÍKA NA PRACOVIŠTI

|                     |   |                                 |
|---------------------|---|---------------------------------|
| Počet dnů v týdnu   | 5 |                                 |
| Počet hodin v týdnu |   | 8 (zaokrouhleno na celé hodiny) |

SOUČET KAPACIT ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVIŠTI

(dle kategorie - včetně vedoucího pracoviště)

| Skupina                                                      | Kategorie pracovníka |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Kapacita |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Lékaři                                                       | L3                   | Lékař se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí                                                                                                                                                                                                                                 | 24,00    |
|                                                              | L2                   | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene. Symbol L2 se použije také u lékařů, kteří doposud nesplňují podmínky absolvování základního kmene, avšak nejpozději do 31. 12. 2007 byli zařazeni do specializačního vzdělávání | 0,00     |
|                                                              | L1                   | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání                                                                                                                                                                                                                                                              | 16,00    |
| VNP<br>(klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut) | K3                   | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí, nebo se zvláštní odbornou způsobilostí, příp. s další specializovanou způsobilostí. Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu a po prokázání zvláštní odborné způsobilosti.                    | 0,00     |
|                                                              | K2                   | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí. Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.                                                                                                                                      | 0,00     |
|                                                              | K1                   | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním s odbornou způsobilostí k výkonu povolání. Fyzioterapeut i bez VŠ vzdělání nebo s vyšším odborným vzděláním                                                                                                                                              | 0,00     |
| JOP<br>(jiný VŠ vzdělaný pracovník ve zdr.)                  | J2                   | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se specializačním vzděláním nebo akreditovaným kvalifikačním kurzem se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání                                                                                                                                                  | 0,00     |
|                                                              | J1                   | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se získanou odbornou způsobilostí v příslušném oboru                                                                                                                                                                                                                  | 0,00     |
| NLZP<br>(nelékařský zdravotnický pracovník)                  | S4                   | NLZP s VŠ vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí                                                                                                                                                                                                                        | 0,00     |
|                                                              | S3                   | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí                                                                                                                                   | 0,00     |
|                                                              | S2                   | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)                                                                                                                                                                                                                                 | 148,00   |
|                                                              | S1                   | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)                                                                                                                                                                                                             | 0,00     |
|                                                              | SBM                  | NLZP způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem – bez maturity                                                                                                                                                                                                                                        | 0,00     |
|                                                              | DI                   | Pracovník dopravy – Dispečer                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
|                                                              | DD                   | Pracovník dopravy – Řidič vozidla záchranné služby                                                                                                                                                                                                                                                           |          |
|                                                              | DZS                  | Pracovník dopravy – Řidič zdravotnického vozidla DRNR                                                                                                                                                                                                                                                        |          |

| SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b) |            |   |   |   |   |                                                                                                                                              |           |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|--|
| s.2b                                                                       | Kód výkonu |   |   |   |   | Název výkonu                                                                                                                                 | Datum od  | Datum do   |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                                      | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 1 | 1 | 7 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET                                                                                                        | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 1 | 1 | 9 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U Dospělého nebo dítěte nad 10 let                                                                                        | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 1 | 3 | 3 | SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ                                                                                                                      | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.                                                                                                                  | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 1 | 6 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY                                                                    | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 1 | 7 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET                                                                                         | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U Dospělého či dítěte nad 10 let                                                                                        | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 2 | 3 | INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U Dospělého nebo dítěte nad 10 let                                                                                       | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 2 | 7 | I. V. APLIKACE KRVE NEBO KREVNÍCH DERIVÁTŮ                                                                                                   | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE                                                                                                                  | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 3 | 5 | ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE                                                                                                                  | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 3 | 7 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM2                                                                 | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 3 | 9 | SUTURA RÁNY A PODKOŽÍ DO 5 CM                                                                                                                | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 2 | 4 | 1 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY, KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ 10 CM2 - 30 CM2                                                                          | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM                                                                                                         | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM                                                                                         | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN                                      | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 5 | 5 | 0 | SIGNÁLNÍ VÝKON - INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)                   | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 5 | 5 | 1 | SIGNÁLNÍ VÝKON - INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE) | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 0          | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET                                                                                                                     | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 1          | 2 | 1 | 2 | 0 | REFLEXNÍ TEPELNÁ VAZODILATACE                                                                                                                | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 1          | 2 | 1 | 3 | 0 | VODNÍ CHLADOVÝ POKUS                                                                                                                         | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 2          | 7 | 2 | 1 | 0 | KOŽNÍ TEST ALERGENEM INTRADERMÁLNÍ                                                                                                           | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 3          | 9 | 1 | 1 | 3 | NATIVNÍ SPERMIOGRAM                                                                                                                          | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 0 | 0 | 4 | KOMPLEXNÍ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                                                                                            | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 0 | 0 | 5 | CÍLENÉ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                                                                                               | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 0 | 0 | 6 | KONTROLNÍ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                                                                                            | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 0 | 0 | 7 | VENEROLOGICKÉ EPIDEMIOLOGICKO - PSYCHOLOGICKÉ ŠETŘENÍ A DEPISTÁŽ SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB                                                  | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM                                                                                                       | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM                                                                                                          | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM                                                                                                       | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 1 | 1 | 1 | KOŽNÍ FOTOTEST                                                                                                                               | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 1 | 1 | 3 | KOŽNÍ TEST EPIKUTÁNNÍ                                                                                                                        | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 1 | 1 | 5 | FYZIKÁLNÍ KOŽNÍ TESTY                                                                                                                        | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 1 | 1 | 7 | TESTY KOŽNÍ TOLERANCE A REZISTENCE                                                                                                           | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 1 | 1 | 9 | VYŠETŘENÍ WOODOVOU LAMPOU                                                                                                                    | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 1 | 2 | 1 | TRICHOGRAM                                                                                                                                   | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 2 | 0 | 9 | MANUÁLNÍ LYMFODRENÁŽ - ANTIFIBROTICKÉ HMATY                                                                                                  | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 2 | 1 | 1 | MANUÁLNÍ LYMFODRENÁŽ                                                                                                                         | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 2 | 1 | 3 | KOMOROVÁ NEBO STŘÍDAVÁ TLAKOVÁ LÉČBA MÍZNÍHO OTOKU PŘÍSTROJEM                                                                                | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 2 | 1 | 7 | LOKÁLNÍ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM                                                                                                    | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 2 | 1 | 9 | ELEKTROKAUSTIKA, DIATERMOKOAGULACE DROBNÝCH KOŽNÍCH LÉZÍ (1 SEZENÍ)                                                                          | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 2 | 2 | 1 | DALŠÍ SKLEROTIZACE METLIČKOVÝCH A RETIKULÁRNÍCH VARIXŮ NEBO HEMANGIOMŮ                                                                       | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |
|                                                                            | 4          | 4 | 2 | 2 | 3 | SKLEROTERAPIE ŽILNÍCH SPOJEK A REZIDUÍ PO OPERACI VARIXŮ                                                                                     | 1.10.2017 | 31.12.2018 |  |

|  |   |   |   |   |   |                                                                                                                                          |           |            |
|--|---|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|
|  | 4 | 4 | 2 | 2 | 5 | SKLEROTERAPIE METLIČKOVITÝCH A RETIKULÁRNÍCH VARIXŮ NEBO HEMANGIOMŮ                                                                      | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 2 | 7 | KRYODESTRUKCE KOŽNÍCH LÉZÍ (1 - 2 LÉZE)                                                                                                  | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 2 | 9 | INFILTRACE KOŽNÍCH LÉZÍ (1-5 VPICHŮ)                                                                                                     | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | EXCIZE KŮŽE ROTAČNÍM PRŮBOJNÍKEM - JEDEN VZOREK K BIOPTICKÉMU VYŠETŘENÍ, PŘÍPADNĚ ODSTRANĚNÍ NEŽÁDOUCÍHO PROJEVU Z TERAPEUTICKÝCH DŮVODŮ | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | CELKOVÁ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM                                                                                                | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 3 | 7 | KRYALIZACE                                                                                                                               | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 3 | 9 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BĚRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BĚREC)                                                                                      | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | EPILACE A 30 MINUT                                                                                                                       | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | SNESENÍ MNOHOČETNÝCH MOLUSEK                                                                                                             | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 5 | 1 | KOMPRESIVNÍ LÉČBA HORNÍ KONČETINY S OTOKEM TLAKOVÝM OBVAZEM                                                                              | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 5 | 3 | KOMPRESIVNÍ LÉČBA DOLNÍ KONČETINY S OTOKEM TLAKOVÝM OBVAZEM                                                                              | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 6 | 1 | APLIKACE DERMATOLOGICKÝCH ZEVNÍCH LÉČIV (LOKALIZOVANÁ DO PLOCHY MENŠÍ NEŽ 25 % KOŽNÍHO POVRCHU)                                          | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 6 | 3 | APLIKACE DERMATOLOGICKÝCH ZEVNÍCH LÉČIV (LOKALIZOVANÁ DO PLOCHY VĚTŠÍ NEŽ 25 % KOŽNÍHO POVRCHU)                                          | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 4 | 4 | 2 | 7 | 1 | LÉČEBNÁ KOUPEL Z DERMATOLOGICKÉ INDIKACE - HYDROLÉČBA                                                                                    | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | OPERACE CYSTY NEBO HEMANGIOMU NEBO LIPOMU NEBO PILONIDÁLNÍ CYSTY                                                                         | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 5 | 1 | 8 | 1 | 1 | INCIZE A DRENÁŽ ABSCEU NEBO HEMATOMU                                                                                                     | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 5 | 1 | 8 | 1 | 7 | OŠETŘENÍ NEHTU                                                                                                                           | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 5 | 1 | 8 | 1 | 8 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY, KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKcí NAD 30 CM^2                                                                          | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 6 | 1 | 1 | 2 | 3 | EXCIZE KOŽNÍ LÉZE OD 2 DO 10 CM^2, BEZ UZAVŘENÍ VZNIKLÉHO DEFEKTU                                                                        | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 6 | 1 | 1 | 2 | 9 | EXCIZE KOŽNÍ LÉZE, SUTURA OD 2 DO 10 CM                                                                                                  | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 8 | 2 | 0 | 4 | 9 | MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ PO BĚŽNÉM OBARVENÍ (GRAM, ZIEHL - NIELSEN AJ.)                                                                   | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 8 | 2 | 0 | 5 | 3 | MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ NATIVNÍHO PREPARÁTU                                                                                              | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 8 | 2 | 0 | 5 | 5 | MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ V ZÁSTINU                                                                                                        | 1.10.2017 | 31.12.2018 |
|  | 8 | 4 | 0 | 2 | 5 | DIAGNOSTIKA SARCOPTES SCABIEI                                                                                                            | 1.10.2017 | 31.12.2018 |

#### SEZNAM SMLUVNÍCH SPECIFICKÝCH POLOŽEK (seznam č. 7)

| s. 7 | Skupina | Kód | Název | Smluvní cena | Datum od | Datum do |
|------|---------|-----|-------|--------------|----------|----------|
|------|---------|-----|-------|--------------|----------|----------|

**SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ****JINÉ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM****DALŠÍ UJEDNÁNÍ**

Tento formulář s účinností od 1.10.2017 nahrazuje formulář účinný od 1.2.2016.

PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-01 Informativní část  
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE

ÚČINNOST HLÁŠENÍ

0 1 . 1 0 . 2 0 1 7

Typ CA

**PRACOVISTĚ AMBULANTNÍ PÉČE**  
součást primariátu uvedeného ve formuláři typu C  
(část informativní)

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 0 8

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

9 1 0 0 1 8 2 1

Speciální zdravotnická technika je sdílena s ostatními pracovišti primariátu

☐ Ano ☒ Ne

SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY (seznam č. 3)

| s.<br>3 | Kód ZTV | Název dle ZP | Souhrnný název<br>pro skupinu | Výrobní<br>číslo | Počet<br>přístr. | Výrobce | Název od ZZ | Datum od | Datum do |
|---------|---------|--------------|-------------------------------|------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------|
|---------|---------|--------------|-------------------------------|------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------|

SEZNAM SPECIÁLNÍHO VYBAVENÍ PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 4)

| s. 4 | Název vybavení | Počet kusů | Datum od | Datum do |
|------|----------------|------------|----------|----------|
|------|----------------|------------|----------|----------|