

IČO

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 0 | 8 | 0 | 0 | 6 | 9 | 1 |
| 8 | 9 | 9 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 8 | 8 | 9 | N | 0 | 0 | 1 |

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO Vojenská nemocnice Olomouc

VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKYPŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-01 / 9.05.05 / 4\_12  
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Platnost smlouvy ode dne | 1.1.2019   |
| Číslo složky             |            |
| Číslo dodatku            |            |
| Datum uplatnění od       | 1.7.2021   |
| Datum uplatnění do       | 31.12.2023 |

Formulář obsahuje část

☒ Smluvní i informativní ☐ Jen smluvní ☐ Jen informativní

|        |   |
|--------|---|
| Typ CA | <b>PRACOVISTĚ AMBULANTNÍ PÉČE</b><br>součást primariátu uvedeného ve formuláři typu C<br>(část smluvní) |
|--------|---|

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 9 | 9 | 0 | 3 | 4 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

NÁZEV PRACOVISTĚ

Kožní odd. - ambulance

ČÍSLO PRIMARIÁTU

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

VARIABILNÍ SYMBOL

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

(jen je-li přidělen v SZZ)

| ADRESA PRACOVISTĚ |               |               |            |        |
|-------------------|---------------|---------------|------------|--------|
| Město / Obec      | Ulice         | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    |
| Olomouc           | Sušilovo nám. | 5             | 1          | 771 11 |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISTĚ

|   |   |   |
|---|---|---|
| 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 | 15:15 |    |    | Sušilovo náměstí 5, Olomouc 771 11 |
| Úterý                                 | 07:00 | 15:15 |    |    | Sušilovo náměstí 5, Olomouc 771 11 |
| Středa                                | 07:00 | 15:15 |    |    | Sušilovo náměstí 5, Olomouc 771 11 |
| Čtvrtek                               | 07:00 | 15:15 |    |    | Sušilovo náměstí 5, Olomouc 771 11 |
| Pátek                                 | 07:00 | 14:00 |    |    | Sušilovo náměstí 5, Olomouc 771 11 |
| Sobota                                |       |       |    |    |                                    |
| Neděle                                |       |       |    |    |                                    |

KVALIFIKACE VEDOUCÍHO PRACOVIŠTĚ – LÉKAŘ

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

KVALIFIKACE VEDOUCÍHO PRACOVIŠTĚ – NELEKÁRE

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 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 |  |   |   |
|   |  | 1 | 4 |

Počet hodin v týdnu

(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   | 37,00    |
|  | 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 | 3,00     |
|  | L1                   | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání  | 0,00     |
| 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.<br>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.<br>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.<br>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)   | 135,00   |
|  | S1                   | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)   | 40,00    |
|  | 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          | 2 | 1 | 2 | 5 | OČKOVÁNÍ VČETNĚ OČKOVACÍ LÁTKY, KTERÁ JE HRAZENA Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                     | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 1 | 1 | 7 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 1 | 1 | 9 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 1 | 7 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 2 | 1 | INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 2 | 3 | INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 2 | 7 | I. V. APLIKACE KRVE NEBO KREVNÍCH DERIVÁTŮ  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 3 | 4 | OŠETŘENÍ NEHTU, INCIZE SUBKUTÁNNÍHO ABSCESU NEBO HEMATOMU, OŠETŘENÍ RÁNY STERISTRIPEM                                       | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 3 | 5 | ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 3 | 7 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM2  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 2 | 4 | 1 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY, KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ 10 CM2 - 30 CM2   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 0 | 9 | OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 3 | 2 | VÝKON PROHLÍDKY DISPENZARIZOVANÉ OSOBY  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN                     | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 5 | 0 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PĚČE)                   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 5 | 1 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PĚČE) | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 0          | 9 | 5 | 6 | 1 | VYBAVENÍ PACIENTA PRO PĚČI MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 1          | 2 | 1 | 2 | 0 | REFLEXNÍ TEPELNÁ VAZODILATACE   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 0 | 0 | 4 | KOMPLEXNÍ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 0 | 0 | 5 | CÍLENÉ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 0 | 0 | 6 | KONTROLNÍ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 0 | 0 | 7 | VENEROLOGICKÉ EPIDEMIOLOGICKO - PSYCHOLOGICKÉ ŠETŘENÍ A DEPISTÁŽ SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB                                 | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 1 | 1 | 1 | KOŽNÍ FOTOTEST  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 1 | 1 | 3 | KOŽNÍ TEST EPIKUTÁNNÍ   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 1 | 1 | 5 | FYZIKÁLNÍ KOŽNÍ TESTY   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 1 | 1 | 7 | TESTY KOŽNÍ TOLERANCE A REZISTENCE  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 1 | 1 | 9 | VYŠETŘENÍ WOODOVOU LAMPOU   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 1 | 2 | 1 | TRICHOGRAM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 2 | 0 | 9 | MANUÁLNÍ LYMFODRENÁŽ - ANTIFIBROTICKÉ HMATY   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 2 | 1 | 1 | MANUÁLNÍ LYMFODRENÁŽ  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 2 | 1 | 3 | KOMOROVÁ NEBO STŘÍDAVÁ TLAKOVÁ LÉČBA MÍZNÍHO OTOKU PŘÍSTROJEM   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 2 | 1 | 5 | DESTRUKTIVNÍ TERAPIE KOŽNÍCH LÉZÍ LASEREM S VYSOKÝM VÝKONEM   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 2 | 1 | 7 | LOKÁLNÍ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 2 | 1 | 9 | ELEKTROKAUSTIKA, DIATERMOKOAGULACE DROBNÝCH KOŽNÍCH LÉZÍ (1 SEZENÍ)   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|      | 4          | 4 | 2 | 2 | 1 | DALŠÍ SKLEROTIZACE METLIČKOVÝCH A RETIKULÁRNÍCH VARIXŮ NEBO HEMANGIOMŮ  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |

|  |   |   |   |   |   |  |          |            |
|--|---|---|---|---|---|--|----------|------------|
|  | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | SKLEROTERAPIE ŽILNÍCH SPOJEK A REZIDUÍ PO OPERACI VARIXŮ   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 2 | 5 | SKLEROTERAPIE METLIČKOVITÝCH A RETIKULÁRNÍCH VARIXŮ NEBO HEMANGIOMŮ  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 2 | 9 | INFILTRACE KOŽNÍCH LÉZÍ (1-5 VPICHŮ)   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | EXCIZE KŮŽE ROTAČNÍM PRŮBOJNÍKEM - JEDEN VZOREK K BIOPTICKÉMU VYŠETŘENÍ, PŘÍPADNĚ ODSTRANĚNÍ NEŽÁDOUCÍHO PROJEVU Z TERAPEUTICKÝCH DŮVODŮ   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | CELKOVÁ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 3 | 7 | KRYALIZACE   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 3 | 9 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BĚRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | EPILACE A 30 MINUT   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | ABRAZE NEMOCNÝCH NEHTŮ   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | SNESENÍ MNOHOČETNÝCH MOLUSEK   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 5 | 1 | KOMPRESIVNÍ LÉČBA HORNÍ KONČETINY S OTOKEM TLAKOVÝM OBVAZEM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 5 | 3 | KOMPRESIVNÍ LÉČBA DOLNÍ KONČETINY S OTOKEM TLAKOVÝM OBVAZEM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 6 | 1 | APLIKACE DERMATOLOGICKÝCH ZEVNÍCH LÉČIV (LOKALIZOVANÁ DO PLOCHY MENŠÍ NEŽ 25 % KOŽNÍHO POVRCHU)  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 6 | 3 | APLIKACE DERMATOLOGICKÝCH ZEVNÍCH LÉČIV (LOKALIZOVANÁ DO PLOCHY VĚTŠÍ NEŽ 25 % KOŽNÍHO POVRCHU)  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 7 | 1 | LÉČEBNÁ KOUPEL Z DERMATOLOGICKÉ INDIKACE - HYDROLÉČBA  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 4 | 4 | 2 | 8 | 1 | DIGITÁLNÍ EPILUMINISCENČNÍ VIDEOMIKROSKOPIE  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 6 | 1 | 1 | 2 | 3 | EXCIZE KOŽNÍ LÉZE OD 2 DO 10 CM <sup>2</sup> , BEZ UZAVŘENÍ VZNIKLÉHO DEFektU  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 6 | 1 | 1 | 2 | 9 | EXCIZE KOŽNÍ LÉZE, SUTURA OD 2 DO 10 CM  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 8 | 2 | 0 | 4 | 9 | MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ PO BĚŽNÉM OBARVENÍ (GRAM, ZIEHL - NIELSEN AJ.)   | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 8 | 2 | 0 | 5 | 1 | MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ PO FLUORESCENČNÍM BARVENÍ  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 8 | 2 | 0 | 5 | 3 | MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ NATIVNÍHO PREPARÁTU  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 8 | 2 | 0 | 5 | 5 | MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ V ZÁSTINU  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 8 | 4 | 0 | 2 | 5 | DIAGNOSTIKA SARCOPTES SCABIEI  | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 9 | 9 | 9 | 9 | 1 | (VZP) KÓD POUZE PRO CENTRA DLE VYHL. 368/2006 - SLOUŽÍ PRO VYKÁZÁNÍ ZULP, KTERÝ JE APLIKOVÁN MIMO CENTRUM, NEBO AMBULANTNÍHO ZULP APLIKOVANÉHO V CENTRU (SPOLU S KLINICKÝM VYŠETŘENÍM) | 1.7.2021 | 31.12.2023 |

| 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

|  |
|--|
| <p>Tento formulář nahrazuje s účinností od 1.7.2021 formulář s datem uplatnění od 1.4.2021.</p> <p>Změny byly provedeny v těchto částech:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- nasmlouvány výkony 09241, 09234.</li></ul> <p>Výkony 09241, 09234, které jsou nasmlouvány na IČP 89903410 odb. 404 s účinností od 1.7.2021, nejsou důvodem pro změnu ve výpočtu úhrad hrazených služeb a regulačních omezení.</p> <div></div> <p>Smluvní strany se dohodly, že výkon 09509 nebudou pro účely výpočtu výše úhrady považovat za nový. Jeho nasmlouvání (odb. 404, IČP 89903410) s účinností od 1.7.2019 proto není důvodem pro změnu ve výpočtu výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení.</p> |
|--|

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

ÚČINNOST HLÁŠENÍ

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | . | 0 | 7 | . | 2 | 0 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Typ CA

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

ČÍSLO PRIMARIÁTU

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 9 | 9 | 0 | 3 | 4 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Speciální zdravotnická technika je sdílena s ostatními pracovišti primariátu

|                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ano | <input checked="" type="radio"/> Ne |
|---------------------------|-------------------------------------|

| SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY (seznam č. 3) |            |                           |                            |               |               |                         |  |          |            |
|--|------------|---------------------------|----------------------------|---------------|---------------|-------------------------|--|----------|------------|
| s. 3                                       | Kód ZTV    | Název dle ZP              | Souhrnný název pro skupinu | Výrobní číslo | Počet přístř. | Výrobce                 | Název od ZZ                                      | Datum od | Datum do   |
|  | 0000000302 | Laser barvivový           |                            | 00502335      | 1             | ALMA Lasers,LtD, Izrael | Laserový systém HARMONY XL Nd:YAG, Er:YAG,AFT    | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 0000000517 | Přístroj pro presoterapii |                            | 00502634      | 1             | BTL zdrav. technika     | přístroj lymfodrenážní BTL-6000 s příslušenstvím | 1.7.2021 | 31.12.2023 |
|  | 0000000517 | Přístroj pro presoterapii |                            | 00501401      | 1             | Karel Kopsa             | přístroj pro kompresivní LYMFOVEN 14K            | 1.7.2021 | 31.12.2023 |

| SEZNAM SPECIÁLNÍHO VYBAVENÍ PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 4) |                |            |          |          |
|--|----------------|------------|----------|----------|
| s. 4   | Název vybavení | Počet kusů | Datum od | Datum do |
|  |                |            |          |          |