

IČO

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 7 | 5 | 2 | 0 | 5 | 3 | 6 |
| 6 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 8 | 6 | 2 | N | 0 | 0 | 1 |

Název IČO Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKYPŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-12 / 9.10.10 / 4\_12  
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

Platnost smlouvy ode dne

1.1.2019

Číslo složky

Číslo dodatku

Datum uplatnění od

1.10.2021

Datum uplatnění do

31.12.2023

## Typ A PRACOVISTĚ – ORDINACE LÉKAŘE

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

|                       |     |                                  |    |   |   |   |   |
|-----------------------|-----|----------------------------------|----|---|---|---|---|
| 6                     | 2   | 0                                | 0  | 1 | 0 | 0 | 3 |
| <input type="radio"/> | Ano | <input checked="" type="radio"/> | Ne |   |   |   |   |

PRACOVISTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU

NÁZEV ORDINACE

FBRL - MUDr. Hlaváčová

VARIABILNÍ SYMBOL

A 2 0 1 0 1 (jen je-li přidělen v SZZ)

## ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ ORDINACE

| Město / Obec | Ulice     | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    | Poř. |
|--------------|-----------|---------------|------------|--------|------|
| Chrudim      | Václavská |               | 570        | 537 27 | 1    |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISTĚ

|   |   |   |
|---|---|---|
| 2 | 0 | 1 |
|---|---|---|

PRACOVISTĚ JE HRAZENO FORMOU KKVP

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

## ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Počet dnů poskytování péče v týdnu

2

Počet hodin poskytování péče v týdnu

8

(zaokrouhleno na celé hodiny)

## ROZVRH ORDINAČNÍCH HODIN DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm)

Pořadí

1

místo provozování

|         | od    | do    | od | do | místo provozování             |
|---------|-------|-------|----|----|-------------------------------|
| Pondělí |       |       |    |    |                               |
| Úterý   |       |       |    |    |                               |
| Středa  | 07:30 | 11:30 |    |    | Václavská 570, 537 27 Chrudim |
| Čtvrtek |       |       |    |    |                               |
| Pátek   | 07:30 | 11:30 |    |    | Václavská 570, 537 27 Chrudim |
| Sobota  |       |       |    |    |                               |
| Neděle  |       |       |    |    |                               |



| Nasmlouvaný kód dopravy |       | Smluvní ohodnocení výkonu dopravy |            |        |
|-------------------------|-------|-----------------------------------|------------|--------|
| Kód                     | Název | Sazba                             | Počet bodů | Paušál |

|                        |                                      |                                     |                          |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>Příslušný okres</b> | <input checked="" type="radio"/> Ano | <input type="radio"/> Ne            | (dle sídla SZZ)          |
| <b>Další okresy</b>    | <input type="radio"/> Ano            | <input checked="" type="radio"/> Ne | (příp. jmenovitě vypsát) |
| <b>Kraj</b>            | <input type="radio"/> Ano            | <input checked="" type="radio"/> Ne | (příp. jmenovitě vypsát) |
| <b>Česká republika</b> | <input type="radio"/> Ano            | <input checked="" type="radio"/> Ne |                          |

| Název |         | Kód  |
|-------|---------|------|
|       | Chrudim | 0531 |

[illegible]

| s. 2a | Kód výkonu |   |   |   |   | Název výkonu  | Datum od  | Datum do   |
|-------|------------|---|---|---|---|---|-----------|------------|
|       | 0          | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                 | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 1 | 3 | 5 | UZ VYŠETŘENÍ POUZE JEDNOHO ORGÁNU V NĚKOLIKA ROVINÁCH   | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 1 | 3 | 7 | UZ VYŠETŘENÍ DVOU ORGÁNŮ V NĚKOLIKA ROVINÁCH  | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.   | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 2 | 1 | 6 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCÍ REFLEXNÍ LÉČBY                               | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE   | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 2 | 3 | 7 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM2                            | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 2 | 4 | 1 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY, KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ 10 CM2 - 30 CM2                                     | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 5 | 0 | 9 | OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA   | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM  | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM  | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 5 | 3 | 2 | VÝKON PROHLÍDKY DISPENZARIZOVANÉ OSOBY  | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|       | 0          | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN | 1.10.2021 | 31.12.2023 |

|  |   |   |   |   |   |   |           |            |
|--|---|---|---|---|---|---|-----------|------------|
|  | 0 | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET                                | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ REHABILITAČNÍM LÉKAŘEM              | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ REHABILITAČNÍM LÉKAŘEM                 | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ REHABILITAČNÍM LÉKAŘEM              | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 1 | 5 | 1 | 0 | MĚKKÉ A MOBILIZAČNÍ TECHNIKY                            | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 1 | 5 | 2 | 0 | MOBILIZACE PÁTEŘE NEBO KLOUBU - S NÁRAZEM               | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 1 | 7 | 1 | 1 | ŠKOLA ZAD - PREVENCE RECIDIV VERTEBROGENNÍCH ONEMOCNĚNÍ | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 1 | 7 | 1 | 5 | REEDUKACE POHYBOVÝCH SCHÉMAT A NÁVYKŮ A JEJICH KOREKCE  | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 9 | 5 | 1 | 0 | OBSTŘÍK PERIFERNÍHO NERVU                               | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 2 | 9 | 5 | 2 | 0 | KOŘENOVÝ OBSTŘÍK  | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|  | 6 | 6 | 8 | 1 | 1 | INJEKCE DO BURZY, GANGLIA, POCHVY ŠLACHOVÉ              | 1.10.2021 | 31.12.2023 |

| SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b) |            |  |              |  |  |  |          |          |
|--|------------|--|--------------|--|--|--|----------|----------|
| s.2b   | Kód výkonu |  | Název výkonu |  |  |  | Datum od | Datum do |

| SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (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   |
|   | 0000000517 | Přístroj pro presoterapii   |  | 900-000-055-574 | 1             | Kopsa Klecany                    | Přístroj Lymfoven         | 1.10.2021 | 31.12.2023 |
|   | 0000000600 | Sonograf v ceně 1 000 000,- | UZ systém pro všeobecné použití, B-mod, 2D zobrazení | 100-000-002-260 | 1             | Ultrazvuk diagnostický BTL DP-50 | Ultrazvuk Sonoline SI-250 | 1.10.2021 | 31.12.2023 |

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

| 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 1.10.2021 nahrazuje formulář z 1.7.2019.

Poskytovatel doloží na požádání všechny potřebné doklady k přístrojovému vybavení.

Lampa solux stojan je umístěna na prac. rehabilitace 62 001 867

Solux - k dispozici na prim. chirurgie

Ultrazvuk Siemens je k dispozici na prim. chirurgie