

IČO

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 8 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| 8 | 4 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 8 | 8 | 4 | N | 0 | 0 | 2 |

Název IČO Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.


**VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY**

**PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-05 / 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       | 1.1.2019   |
| Datum uplatnění do       | 31.12.2023 |

Tisk

Odsouhlasení formuláře

Verze číslo

Upraveno pro předání

Formulář obsahuje část

☒ Smluvní i informativní
 ☐ Jen smluvní
 ☐ Jen informativní

**Typ CB PRACOVISTĚ – PŘÍJMOVÁ AMBULANCE S NEPŘETRŽITÝM PROVOZEM**  
 nebo **PRACOVISTĚ OPERAČNÍ SÁL(Y)**  
**součást lůžkového oddělení - primariátu uvedeného ve formuláři typu C (část smluvní)**

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

NÁZEV PRACOVISTĚ

ČÍSLO PRIMARIÁTU

VARIABILNÍ SYMBOL

8 4 2 3 1 1 0 1

interní příjmová ambulance

0 0 0 0 0 0 0 1

(jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA(Y) PRACOVISTĚ**

| Město / Obec         | Ulice   | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    |
|----------------------|---------|---------------|------------|--------|
| Nové Město na Moravě | Žďárská |               | 610        | 592 31 |

**SMLOUVNÍ ODBORNOST/I PRACOVISTĚ V RÁMCI NASMLOUVANÉHO OBORU/Ů PRIMARIÁTU**

Smluvní odbornost - hlavní

1 0 1

DALŠÍ SMLOUVNÍ ODBORNOSTI

Odbornost Přidat řádek

x 4 0 4

**KVALIFIKACE VEDOUCÍHO LÉKAŘE PRACOVISTĚ**

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

**DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUCÍHO LÉKAŘE NA PRACOVISTĚ**

Počet dnů v týdnu

5

Počet hodin v týdnu

4 0

| SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b) |            |   |   |   |   |                                                                                                                                             |           |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|--|
| s.2b                                                                       | Kód výkonu |   |   |   |   | Název výkonu                                                                                                                                | Datum od  | Datum do   |  |
| X                                                                          | 0          | 1 | 3 | 0 | 6 | (VZP) PRŮKAZ ANTIGENU SARS-COV-2 - DIAGNOSTIKA U SYMPTOMATICKÝCH PACIENTŮ                                                                   | 1.11.2021 | 31.12.2022 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                                     | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 1 | 1 | 9 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET                                                                                       | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 1 | 3 | 3 | SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ                                                                                                                     | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 1 | 3 | 5 | UZ VYŠETŘENÍ POUZE JEDNOHO ORGÁNU V NĚKOLIKA ROVINÁCH                                                                                       | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.                                                                                                                 | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET                                                                                       | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 2 | 2 | 0 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE                                                                                                       | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE                                                                                                                 | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM                                                                                                        | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM                                                                                        | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 2 | 3 | EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU                                                                                               | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN                                     | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 4 | 5 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON REGULAČNÍ POPLATEK ZA POHOTOVOSTNÍ SLUŽBU - POPLATEK UHRAZEN                                                           | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 4 | 7 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON REGULAČNÍ POPLATEK - POJIŠTĚNEC OD ÚHRADY POPLATKU OSVOBOZEN                                                           | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET                                                                                                                    | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 6 | 3 | VÝKON ÚSTAVNÍ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY                                                                                                           | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 6 | 4 | PÉČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY                                                                          | 1.1.2020  | 31.12.2020 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 6 | 4 | PÉČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY                                                                          | 1.1.2022  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 6 | 4 | PÉČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY                                                                          | 1.1.2021  | 31.12.2021 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 6 | 7 | ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ                                                                                                                       | 1.1.2022  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 6 | 9 | ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ                                                                                                                      | 1.1.2022  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 0          | 9 | 5 | 7 | 2 | VÍCEČETNÝ ZÁKROK                                                                                                                            | 1.1.2022  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 1          | 1 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU                                                                                                                | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 1          | 1 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU                                                                                                             | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 1          | 1 | 1 | 1 | 1 | EKG VYŠETŘENÍ INTERNISTOU                                                                                                                   | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 2          | 2 | 1 | 0 | 9 | LÉČEBNÁ VENEPUNKCE - TERAPEUTICKÝ VÝKON U PACIENTŮ S DIAGNÓZOU POLYCYTEMIA, RESP. POLYGLOBULIE (ERYTHROCYTÓZA) Z DŮVODU SYMPTOMATICKÉ LÉČBY | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 4          | 4 | 0 | 0 | 5 | CÍLENÉ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                                                                                              | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |
| X                                                                          | 4          | 4 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM                                                                                                         | 1.1.2019  | 31.12.2023 |  |

| SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – výkony na operačních sálech (seznam č. 2d) |            |  |  |  |  |              |          |          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|--|--|--|--------------|----------|----------|--|
| s.2d                                                                                      | Kód výkonu |  |  |  |  | Název výkonu | 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

### SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM

### DALŠÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Pro rok 2019 PZS garantuje zajištění emergency příjmu, vč. zajištění komplementu v režimu 24/7.

Pro rok 2020 PZS garantuje zajištění emergency příjmu, vč. zajištění komplementu v režimu 24/7.

Tento formulář CB nahrazuje s účinností od 01.01.2019 formulář CB s datem uplatnění od 01.01.2013.

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

ÚČINNOST HLÁŠENÍ

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | . | 0 | 1 | . | 2 | 0 | 1 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Typ CB

**PRACOVISTĚ – PŘÍJMOVÁ AMBULANCE S NEPŘETRŽITÝM PROVOZEM**  
nebo **PRACOVISTĚ OPERAČNÍ SÁL(Y)**  
**součást lůžkového oddělení - primariátu uvedeného ve formuláři typu C (část informativní)**

ČÍSLO PRIMARIÁTU

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

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 3

Export \*.csv - Seznam č. 3

Přidat řádek

**SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY (seznam č. 3)**

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

Elektronický podpis za Zdravotnické zařízení

Elektronický podpis za Pojišťovnu