

IČO

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 1 | 7 | 9 | 9 | 0 | 6 |
| 6 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 4 | 6 | 1 | M | 0 | 0 | 1 |

Název IČO Fakultní nemocnice Hradec Králové


**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**

PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-13 / 9.10.10 / 4_12
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

Platnost smlouvy ode dne

1.1.2025

Číslo složky

Číslo dodatku

Datum uplatnění od

1.1.2025

Datum uplatnění do

31.12.2029

Typ B

PRACOVISTĚ – ZDRAVOTNICKÉHO TÝMU

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

| | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|---|---|-----------------------|----|---|---|
| 6 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 4 |
| <input checked="" type="radio"/> | Ano | | | <input type="radio"/> | Ne | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |

PRACOVISTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU

ČÍSLO PRIMARIÁTU

NÁZEV PRACOVISTĚ

1.INT kardiostim. středisko

VARIABILNÍ SYMBOL

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| 1 | 1 | 8 | 2 | | |
|---|---|---|---|--|--|

ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ PRACOVISTĚ

| Město / Obec | Ulice | Č. orientační | Č. popisné | PSČ | Poř. |
|----------------|----------|---------------|------------|--------|------|
| Hradec Králové | Sokolská | | 581 | 500 05 | 1 |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISTĚ

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 0 | 7 |
|---|---|---|

PRACOVISTĚ JE HRAZENO FORMOU KKVP

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

ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Nepřetržitý provoz / nepřetržitá dostupnost poskytování péče

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

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) | | | | | Pořadí | 1 |
|---------------------------------------|-------|-------|----|----|-------------------------------------|---|
| | od | do | od | do | místo provozování | |
| Pondělí | 07:00 | 15:30 | | | Sokolská 581, Hradec Králové 500 05 | |
| Úterý | 07:00 | 15:30 | | | Sokolská 581, Hradec Králové 500 05 | |
| Středa | 07:00 | 15:30 | | | Sokolská 581, Hradec Králové 500 05 | |
| Čtvrtek | 07:00 | 15:30 | | | Sokolská 581, Hradec Králové 500 05 | |
| Pátek | 07:00 | 15:30 | | | Sokolská 581, Hradec Králové 500 05 | |
| Sobota | | | | | | |
| Neděle | | | | | | |

VEDOUcí PRACOVIŠTĚ

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslobez lomítka

| | | | | |
|----------------------|----------------|----------|------------|---------------------|
| Kategorie pracovníka | Typ pracovníka | Datum od | Datum do | Kapacita pracovníka |
| L3 | X | 1.7.2024 | 31.12.2029 | 12,00 |

Funkční licence

KVALIFIKACE VEDOUcíHO PRACOVIŠTĚ – LÉKAŘE

| | |
|--|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o získání specializované způsobilosti v oboru | |
| Atestace v oboru | |
| Funkční licence k výkonu odborných a diagnostických metod | |
| Jiná speciální odborná způsobilost | |

KVALIFIKACE VEDOUcíHO PRACOVIŠTĚ – NELÉKAŘE (VNP, JOP nebo NLZP)

| | |
|--|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání | |
| Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru | |
| Odborná způsobilost v oboru | |
| Specializovaná způsobilost v oboru | |
| Zvláštní odborná způsobilost v oboru | |
| Jiná speciální odborná způsobilost | |

ROZVRH HODIN POSKYTOVÁNÍ PÉČE (hh:mm)

| | | | | |
|---------|-------|-------|----|----|
| | od | do | od | do |
| Pondělí | 12:00 | 14:00 | | |
| Úterý | 12:00 | 15:00 | | |
| Středa | 12:00 | 15:00 | | |
| Čtvrtek | 12:00 | 15:00 | | |
| Pátek | 12:00 | 15:00 | | |
| Sobota | | | | |
| Neděle | | | | |

DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUcíHO PRACOVNÍKA NA PRACOVIŠTI

Počet dnů v týdnu

5

Počet hodin v týdnu

1

2

(zaokrouhleno na celé hodiny)

DOKLAD O STATUTU LÉKAŘE ŠKOLITELE

| | |
|---|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace v oboru | |
| Platnost od | |
| Platnost do | |

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 | 112,00 |
| | 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 | 16,00 |
| | L1 | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání | 0,00 |
| VNP (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. | 21,00 |
| | K1 | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním s odbornou způsobilostí k výkonu povolání. Fyzioterapeut i bez VŠ vzdělání nebo s vyšším odborným vzděláním | 40,00 |
| JOP (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 (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 | 128,00 |
| | S2 | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD) | 32,00 |
| | 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 | 0,00 |
| | DD | Pracovník dopravy – Řidič vozidla záchranné služby | 0,00 |
| | DZS | Pracovník dopravy – Řidič zdravotnického vozidla DRNR | 0,00 |

KAPACITA POSKYTOVANÉ PÉČE

Maximální počet pacientů, kterým může být poskytnuta péče současně

1

SMLUVENÁ ÚZEMNÍ OBLAST PRO NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBU NEBO PRACOVIŠTĚ DOPRAVY

(údaj v km, příp. vyjmenovat příslušné obce - pro pracoviště dopravy rozsah v režimu místní přepravy)

ÚZEMNÍ OBLAST GARANTOVANÁ POSKYTOVATELEM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

(kromě lékařů registrujících pojištěnce)

Příslušný okres

☐ Ano

☒ Ne

(dle sídla SZZ)

Další okresy

☐ Ano

☒ Ne

(příp. jmenovitě vypsát)

Kraj

☐ Ano

☒ Ne

(příp. jmenovitě vypsát)

Česká republika

☒ Ano

☐ Ne

Seznam okresů a krajů

| Název | Kód |
|-------|-----|
|-------|-----|

NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA

(pouze domácí péče, fyzioterapie nebo porodní asistentky, popř. PL)

| Nasmlouvaný kód dopravy | Smluvní ohodnocení výkonu dopravy |
|-------------------------|-----------------------------------|
|-------------------------|-----------------------------------|

| Kód | Název | Sazba | Počet bodů | Paušál |
|-----|-------|-------|------------|--------|
|-----|-------|-------|------------|--------|

SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVÍŠTI (seznam č.1)

| s. 1 | Rodné číslo (bez lomítka) | Příjmení | Jméno | Titul | Kat. prac | Typ prac | Datum od | Datum do | Kapa cita | Fun. lic.1 | Fun. lic.2 | Fun. lic.3 | Fun. lic.4 | Fun. lic.5 | Fun. lic.6 | Fun. lic.7 | Fun. lic.8 | Fun. lic.9 | Fun. li.10 |
|------|---------------------------|----------|-------|-------|-----------|----------|----------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|------|---------------------------|----------|-------|-------|-----------|----------|----------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – 1. základní soubor výkonů (seznam č. 2a)

| s. 2a | Kód výkonu | | | | | Název výkonu | | | | | | | | | | Datum od | | Datum do | |
|-------|------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|------------|--|
| | 0 | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 2 | 2 | 0 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 2 | 3 | 7 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM^2 | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 2 | 3 | 9 | ŠUTURA RÁNY A PODKOŽÍ DO 5 CM | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 2 | 7 | PROHLÍDKA ZEMŘELÉHO - MIMO LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 6 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 DO 12 LET | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 7 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 6 | 4 | PÉČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 6 | 7 | ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 6 | 9 | ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 5 | 7 | 2 | VÍCEČETNÝ ZÁKROK | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 0 | 9 | 9 | 9 | 0 | OŠETŘENÍ OSOB VE VÝKONU ZABEZPEČOVACÍ DETENCE, VE VÝKONU VAZBY NEBO VE VÝKONU TRESTU ODNĚTÍ SVOBODY | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 1 | 1 | 1 | EKG VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 1 | 2 | 1 | PŘEMÍSTĚNÍ DOČASNÉ ENDOKARDIÁLNÍ ELEKTRODY BEZ VÝMĚNY ELEKTRODY | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 1 | 2 | 3 | ELEKTROGRAM HISOVA SVAZKU, VZESTUPNÁ STIMULACE SÍNÍ A KOMOR S HODNOCENÍM ANTE/RETROGRÁDNÍHO VEDENÍ | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 2 | 3 | 3 | DOČASNÁ SRDEČNÍ STIMULACE | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 2 | 3 | 4 | PROGRAMOVANÁ STIMULACE SÍNÍ A/NEBO KOMOR, TESTOVÁNÍ ELEKTRICKÉ STABILITY MYOKARDU | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 2 | 4 | 9 | PRIMOIMPLANTACE BEZDRÁTOVÉHO (LEADLESS) KARDIOSTIMULÁTORU PRO JEDNODUTINOVOU PRAVOKOMOROVOU STIMULACI | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 2 | 5 | 1 | IMPLANTACE PODKOŽNÍHO DEFIBRILÁTORU | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 2 | 5 | 3 | REIMPLANTACE PODKOŽNÍHO DEFIBRILÁTORU | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 2 | 9 | 2 | KONTROLA IMPLANTOVANÉHO KARDIOSTIMULÁTORU SSI,M (SSI,0) | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 2 | 9 | 4 | KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU SSIR, DDD(R), VDD(R) NEBO KARDIOVERTERU-DEFIBRILÁTORU | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 3 | 2 | 0 | AKUTNÍ TEST PARENTERÁLNÍCH FARMAK STIMULACÍ SÍNÍ A/NEBO KOMOR PŘI JIŽ ZAVEDENÉ ELEKTRODĚ | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 5 | 2 | 0 | KARDIOVERSE ELEKTRICKÁ (NIKOLIV PŘI RESUSCITACI) | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 5 | 2 | 2 | TRANSVENÓZNÍ EXTRAKCE ELEKTROD PRO TRVALOU KARDIOSTIMULACI, SRDEČNÍ RESYNCHRONIZACI A IMPLANTABILNÍ DEFIBRILÁTOR | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 6 | 2 | 0 | PRIMOIMPLANTACE KARDIOVERTERU - DEFIBRILÁTORU SE ZAVEDENÍM ELEKTROD ENDOVASÁLNÍM PŘÍSTUPEM | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 6 | 2 | 1 | REIMPLANTACE KARDIOVERTERU - DEFIBRILÁTORU | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 6 | 2 | 5 | PRIMOIMPLANTACE SYSTÉMU PRO BIVENTRIKULÁRNÍ KARDIOSTIMULACI | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 6 | 2 | 9 | PRIMOIMPLANTACE KARDIOVERTERU - DEFIBRILÁTORU S BIVENTRIKULÁRNÍ STIMULACÍ (BEZ THORAKOTOMIE) | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 6 | 3 | 3 | IMPLANTACE ARYTMICKÉHO ZÁZNAMNÍKU EKG, EXPLANTACE A VYHODNOCENÍ ZÁZNAMNÍKU | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 6 | 9 | 8 | (VZP) PRIMOIMPLANTACE KARDIOVERTERU - DEFIBRILÁTORU SE ZAVEDENÍM ELEKTROD ENDOVAZÁLNÍM ZPŮSOBEM - PRO JEDNODUTINOVOU STIMULACI | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |
| | 1 | 7 | 6 | 9 | 9 | (VZP) PRIMOIMPLANTACE KARDIOVERTERU - DEFIBRILÁTORU SE ZAVEDENÍM ELEKTROD ENDOVAZÁLNÍM ZPŮSOBEM - PRO DVOUDUTINOVOU STIMULACI | | | | | | | | | | 1.1.2025 | | 31.12.2029 | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|----------|------------|
| | 1 | 7 | 7 | 1 | 0 | PUNKCE PERIKARDU | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 5 | 1 | 8 | 1 | 1 | INCIZE A DRENÁŽ ABSCESU NEBO HEMATOMU | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 5 | 5 | 2 | 1 | 1 | IMPLANTACE KARDIOSTIMULÁTORU PRO JEDNODUTINOVOU KARDIOSTIMULACI | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 5 | 5 | 2 | 1 | 3 | PRIMOIMPLANTACE KARDIOSTIMULÁTORU PRO DVOUDUTINOVOU STIMULACI | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 5 | 5 | 2 | 1 | 7 | REPOZICE NEBO VÝMĚNA PERMANENTNÍ ENDOKARDIÁLNÍ ELEKTRODY | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 5 | 5 | 2 | 1 | 9 | REIMPLANTACE KARDIOSTIMULÁTORU BEZ ZÁKROKU NA ŽÍLE | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 5 | 7 | 2 | 4 | 3 | HRUDNÍ PUNKCE | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 0 | 8 | 8 | 9 | (DRG) ENDOTRACHEÁLNÍ INTUBACE NE PRO ANESTÉZII | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 1 | 7 | 4 | 7 | (DRG) ZAVEDENÍ TUNELIZOVANÉHO PLEURÁLNÍHO KATETRU | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 1 | 7 | 5 | 0 | (DRG) TYP POUŽITÉHO KARDIOVERTERU-DEFIBRILÁTORU - JEDNODUTINOVÝ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 1 | 7 | 5 | 1 | (DRG) TYP POUŽITÉHO KARDIOVERTERU-DEFIBRILÁTORU - DVOUDUTINOVÝ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 1 | 7 | 5 | 2 | (DRG) TYP POUŽITÉHO KARDIOVERTERU-DEFIBRILÁTORU - DVOUKOMOROVÝ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 1 | 7 | 5 | 3 | (DRG) TYP POUŽITÉHO KARDIOVERTERU-DEFIBRILÁTORU - SUBKUTÁNNÍ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 1 | 7 | 5 | 4 | (DRG) TYP POUŽITÉHO KARDIOSTIMULÁTORU - JEDNODUTINOVÝ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 1 | 7 | 5 | 5 | (DRG) TYP POUŽITÉHO KARDIOSTIMULÁTORU - DVOUDUTINOVÝ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| | 9 | 1 | 7 | 5 | 6 | (DRG) TYP POUŽITÉHO KARDIOSTIMULÁTORU - DVOUKOMOROVÝ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – 2. 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 přistr. | 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 |
|------|----------------|------------|----------|----------|
|------|----------------|------------|----------|----------|

SEZNAM SMLUVNÍCH SPECIFICKÝCH POLOŽEK (seznam č. 7)

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

NASMLOUVANÉ KÓDY DOPRAVY

(pouze pracoviště DZS, ZZS a pro převozy na pitvu a z pitvy)

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

| SEZNAM ZDRAVOTNICKÝCH VOZIDEL DLE KATEGORIE STANDARDNÍHO VYBAVENÍ PRO NASMLOUVANÉ KÓDY DOPRAVY (seznam č. 5) | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|----------|----------|
| s.5 | Registrační značka (SPZ) | A (1,x,X) | B (1,x,X) | C (1,x,X) | D (1,x,X) | E (1,x,X) | F (1,x,X) | G (1,x,X) | Tovární značka | Datum od | Datum do |

SUMÁŘ ZDRAVOTNICKÝCH VOZIDEL DLE KATEGORIE STANDARDNÍHO VYBAVENÍ PRO NASMLOUVANÉ KÓDY DOPRAVY – nevyplňuje ZZ

| Skupina | Název | Celkem | | |
|---------|---|--------|--|---|
| A | pro přepravu zdravotnických odborníků, krve a krevních derivátů | | | 0 |
| B | pro dopravu raněných, nemocných a rodiček | | | 0 |
| C | pro rychlou zdravotnickou pomoc bez lékaře (RZP) | | | 0 |
| D | pro rychlou lékařskou pomoc (RLP) | | | 0 |
| E | pro RLP v setkávacím režimu (tzv. rendez - vous) systém | | | 0 |
| F | pro přepravu nedonošených novorozenců | | | 0 |
| G | pro poskytování LSPP | | | 0 |
| | Počet vozidel (SPZ) pro pracoviště celkem | | | 0 |

SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

JINÉ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM

DALŠÍ UJEDNÁNÍ

Tato příloha je platná a účinná od 1.1.2025.

Poskytovatel zdravotních služeb garantuje, že výše uvedené přístrojové vybavení odpovídá platné legislativě (je v souladu s platnými technickými normami dle příslušných právních předpisů) a odpovídá za provádění pravidelných periodických prohlídek a revizí přístrojového vybavení.