

IČO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 5 | 7 | 9 | 4 | 7 | 5 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

IČZ smluvního ZZ

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 2 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Číslo smlouvy

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 6 | A | 0 | 2 | A | 0 | 1 | 5 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|

Název IČO

Medicur, spol.s r.o.

PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-12 / 8.11.11 / 4_12

SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

| | |
|--------------------------|-----------|
| Platnost smlouvy ode dne | 1.1.2016 |
| Číslo složky | |
| Číslo dodatku | |
| Datum uplatnění od | 1.6.2018 |
| Datum uplatnění do | 12.6.2018 |

Typ A PRACOVISTĚ – ORDINACE LÉKAŘE

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 2 | 0 | 1 | 5 | 3 | 0 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

PRACOVISTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU

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

NÁZEV ORDINACE

FBLR

VARIABILNÍ SYMBOL

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 2 | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

(jen je-li přidělen v SZZ)

| ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ ORDINACE | | | | | | |
|-------------------------------|---------|-----------|---------------|------------|--------|------|
| Město / Obec | | Ulice | Č. orientační | Č. popisné | PSČ | Poř. |
| | Praha 2 | Myslíkova | | 10 | 120 00 | 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

1

Počet hodin poskytování péče v týdnu

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | 9 |
|--|--|--|---|

(zaokrouhleno na celé hodiny)

| ROZVRH ORDINAČNÍCH HODIN DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm) | | | | | Pořadí | 1 | |
|--|-------|-------|-------|-------|-----------------------|---|--|
| | od | do | od | do | místo provozování | | |
| Pondělí | 00:00 | 00:00 | 08:00 | 17:00 | Myslíkova 10, Praha 2 | | |
| Úterý | 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 | | | |
| Středa | 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 | | | |
| Čtvrtek | 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 | | | |
| Pátek | 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 | | | |
| Sobota | 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 | | | |
| Neděle | 00:00 | 00:00 | 00:00 | 00:00 | | | |

VEDOUcí PRACOVIŠTĚ

Přijmení, jméno, titul

Rodné číslobez lomítka

| | | | | |
|----------------------|----------------|----------|-----------|---------------------|
| Kategorie pracovníka | Typ pracovníka | Datum od | Datum do | Kapacita pracovníka |
| L3 | X | 1.1.2016 | 12.6.2018 | 9,00 |

Funkční licence

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

KVALIFIKACE 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 | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |

KVALIFIKACE VNP NEBO JOP

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

DOKLAD O STATUTU LÉKAŘE ŠKOLITELE

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

(dle kategorie - včetně vedoucího pracoviště)

[illegible]

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

[illegible]

(kromě lékařů registrujících pojištění)

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

[illegible]

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

| | | | | |
|-------|------------|--------------|----------|----------|
| s. 2a | Kód výkonu | Název výkonu | Datum od | Datum do |
|-------|------------|--------------|----------|----------|

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b)

| s.2b | Kód výkonu | | | | | Název výkonu | Datum od | Datum do |
|------|------------|---|---|---|---|---|----------|----------|
| | 0 | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. | | |
| | 0 | 9 | 2 | 1 | 6 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY | | |
| | 0 | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET | | |
| | 0 | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE | | |
| | 0 | 9 | 5 | 0 | 9 | OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA | | |
| | 0 | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM | | |
| | 0 | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM | | |
| | 0 | 9 | 5 | 1 | 9 | KONZÍLIUM SPECIALISTOU - NÁVŠTĚVA SPECIALISTY U PACIENTA | | |
| | 0 | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN | | |
| | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ REHABILITAČNÍM LÉKAŘEM | | |
| | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ REHABILITAČNÍM LÉKAŘEM | | |
| | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ REHABILITAČNÍM LÉKAŘEM | | |
| | 2 | 1 | 5 | 1 | 0 | MĚKKÉ A MOBILIZAČNÍ TECHNIKY | | |
| | 2 | 1 | 5 | 2 | 0 | MOBILIZACE PÁTEŘE NEBO KLOUBU - S NÁRAZEM | | |
| | 2 | 1 | 5 | 3 | 0 | STANOVENÍ DLOUHODOBÉHO REHABILITAČNÍHO PLÁNU NA ZÁKLADĚ PROBĚHLÉ REHABILITAČNÍ KONFERENCE | | |
| | 2 | 1 | 7 | 1 | 1 | ŠKOLA ZAD - PREVENCE RECIDIV VERTEBROGENNÍCH ONEMOCNĚNÍ | | |
| | 2 | 1 | 7 | 1 | 5 | REEDUKACE POHYBOVÝCH SCHÉMAT A NÁVYKŮ A JEJICH KOREKCE | | |
| | 2 | 9 | 5 | 1 | 0 | OBSTŘÍK PERIFERNÍHO NERVU | | |
| | 2 | 9 | 5 | 2 | 0 | KOŘENOVÝ OBSTŘÍK | | |
| | 6 | 6 | 8 | 1 | 1 | INJEKCE DO BURZY, GANGLIA, POCHVY ŠLACHOVÉ | | |
| | 6 | 7 | 1 | 1 | 1 | VYŠETŘENÍ STOJE A CHŮZE U PACIENTA S PROTÉZOU ČI ORTÉZOU | | |

SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 3)

| s. 3 | Kód ZTV | Název dle ZP | Souhrnný název pro skupinu | Výrobní číslo | Počet 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 |
|------|----------------|------------|----------|----------|

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

Poskytovatel přebírá ze Smlouvy č. 8A02A015 ze dne 27.2.2008 referenční údaje, modifikované ve vazbě na změnu rozsahu nasmlouvané zdravotní péče. Podle dohody smluvních stran poskytovatel poskytuje zdravotní služby výhradně v registrovaném místě poskytování zdravotních služeb na adrese pracoviště IČP 02015305, Myslíkova 259/10, 120 00 Praha 2.

PZS garantuje, že technický stav přístrojového vybavení je kontrolován a odpovídá platným právním předpisům.

===

Aktualizace Přílohy č. 2 pro období od 1.7.2015.

- doplnění výkonu 09543

Aktualizace DSU.

Ukončení pracoviště k datu 12. 6. 2018. Na základě fúze společnosti Medicur, spol. s r.o., IČ: 45794758 a Poliklinikou I.P.Pavlova s.r.o., IČ 25057065.