

IČO

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 1 | 7 | 9 | 9 | 0 | 6 |
| 6 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 8 | 6 | 1 | M | 0 | 0 | 1 |

Název IČO Fakultní nemocnice Hradec Králové


**VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY**

**PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-01 / 8.11.11 / 4\_12  
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB**

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Platnost smlouvy ode dne | 1.1.2019   |
| Číslo složky             |            |
| Číslo dodatku            |            |
| Datum uplatnění od       | 1.2.2020   |
| Datum uplatnění do       | 31.12.2023 |

Formulář obsahuje část

☒ Smluvní i informativní
 ☐ Jen smluvní
 ☐ Jen informativní

Typ CA

**PRACOVISŤE AMBULANTNÍ PÉČE**  
součást primariátu uvedeného ve formuláři typu C  
(část smluvní)

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISŤE (IČP)

6 1 0 0 4 1 6 0

NÁZEV PRACOVISŤE

Neurolog.kl. - Všeobecná amb. děti

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 0 9

VARIABILNÍ SYMBOL

1 5 3 2

(jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA PRACOVISŤE**

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

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISŤE

4 0 9

**ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE**

Počet dnů poskytování péče v týdnu

4

Počet hodin poskytování péče v týdnu

2 6

(zaokrouhleno na celé hodiny)

**ROZVRH HODIN POSKYTOVÁNÍ PÉČE (hh:mm)**

|         | od    | do    | od | do | místo provozování |
|---------|-------|-------|----|----|-------------------|
| Pondělí | 08:00 | 15:00 |    |    |                   |
| Úterý   | 08:00 | 15:00 |    |    |                   |
| Středa  |       |       |    |    |                   |
| Čtvrtek | 08:00 | 15:00 |    |    |                   |
| Pátek   | 08:00 | 14:00 |    |    |                   |
| Sobota  |       |       |    |    |                   |
| Neděle  |       |       |    |    |                   |

**KVALIFIKACE VEDOUCÍHO PRACOVIŠTĚ – LÉKAŘE**

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

**KVALIFIKACE VEDOUCÍHO PRACOVIŠTĚ – NELÉKAŘE**

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

2

Počet hodin v týdnu

8

(zaokrouhleno na celé hodiny)

**SOUČET KAPACIT ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVIŠTI**

(dle kategorie - včetně vedoucího pracoviště)

| Skupina   | Kategorie pracovníka |  | Kapacita |
|---|----------------------|--|----------|
| <b>Lékaři</b>   | <b>L3</b>            | Lékař se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí   | 4,26     |
|   | <b>L2</b>            | 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 | 0,00     |
|   | <b>L1</b>            | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání  | 16,59    |
| <b>VNP</b><br>(klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut) | <b>K3</b>            | 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     |
|   | <b>K2</b>            | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí.<br>Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.   | 0,00     |
|   | <b>K1</b>            | 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     |
| <b>JOP</b><br>(jiný VŠ vzdělaný pracovník ve zdr.)                  | <b>J2</b>            | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se specializačním vzděláním nebo akreditovaným kvalifikačním kurzem se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání  | 0,00     |
|   | <b>J1</b>            | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se získanou odbornou způsobilostí v příslušném oboru  | 0,00     |
| <b>NLZP</b><br>(nelékařský zdravotnický pracovník)                  | <b>S4</b>            | NLZP s VŠ vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí  | 1,58     |
|   | <b>S3</b>            | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí   | 14,63    |
|   | <b>S2</b>            | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)   | 13,43    |
|   | <b>S1</b>            | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)   | 2,37     |
|   | <b>SBM</b>           | NLZP způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem – bez maturity  | 0,00     |
|   | <b>DI</b>            | Pracovník dopravy – Dispečer   |          |
|   | <b>DD</b>            | Pracovník dopravy – Řidič vozidla záchranné služby   |          |
|   | <b>DZS</b>           | 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          | 9 | 1 | 1 | 1 | ODBĚR KAPILÁRNÍ KRVE   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 1 | 1 | 7 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTĚ DO 10 LET  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 1 | 1 | 9 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 1 | 3 | 3 | SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 2 | 1 | 7 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 2 | 2 | 0 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 2 | 2 | 1 | INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 2 | 2 | 3 | INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 3 | 2 | VÝKON PROHLÍDKY DISPENZARIZOVANÉ OSOBY   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 5 | 0 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 5 | 1 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 6 | 1 | VYBAVENÍ PACIENTA PRO PÉČI MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 6 | 4 | PÉČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY   | 1.2.2020 | 31.12.2020 |
|  | 0          | 9 | 5 | 6 | 7 | ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 6 | 9 | ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 0          | 9 | 5 | 7 | 2 | VÍCEČETNÝ ZÁKROK   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 2          | 9 | 0 | 0 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM NEUROLOGEM   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 2          | 9 | 0 | 0 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM NEUROLOGEM  | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 2          | 9 | 0 | 0 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM NEUROLOGEM   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 9          | 9 | 8 | 9 | 0 | (VZP) ZAHÁJENÍ INTERVENCE PROVÁZENÍ U OSOB PEČUJÍCÍCH O NEZLETILÉ TĚŽCE NEMOCNÉ PACIENTY (VÝKON SE VYKAZUJE NA RČ NEZLETILÉHO TĚŽCE NEMOCNÉHO PACIENTA PŘI INDIKACI SYSTÉMU PROVÁZENÍ)   | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 9          | 9 | 8 | 9 | 1 | (VZP) PRŮBĚŽNÁ 30 MIN. INTERVENCE PROVÁZENÍ U OSOB PEČUJÍCÍCH O NEZLETILÉ TĚŽCE NEMOCNÉ PACIENTY (VÝKON SE VYKAZUJE NA RČ NEZLETILÉHO TĚŽCE NEMOCNÉHO PACIENTA PŘI INTERVENCI POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM V RÁMCI SYSTÉMU PROVÁZENÍ) | 1.2.2020 | 31.12.2023 |
|  | 9          | 9 | 8 | 9 | 2 | (VZP) UKONČENÍ INTERVENCE PROVÁZENÍ U OSOB PEČUJÍCÍCH O NEZLETILÉ TĚŽCE NEMOCNÉ PACIENTY (VÝKON SE VYKAZUJE NA RČ NEZLETILÉHO TĚŽCE NEMOCNÉHO PACIENTA PŘI UKONČENÍ SYSTÉMU PROVÁZENÍ)   | 1.2.2020 | 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

Tento formulář s účinností od 1.1.2020 (výkon 09564) plně nahrazuje formulář s účinností od 1.4.2019.

Personální požadavky pro zajištění funkčního systému provázení:

████████████████████

██████████

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

ÚČINNOST HLÁŠENÍ

0 1 . 0 2 . 2 0 2 0

Typ CA

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

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 0 9

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

6 1 0 0 4 1 6 0

Speciální zdravotnická technika je sdílena s ostatními pracovišti primariátu

☐ Ano ☒ Ne

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

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