

IČO

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 1 | 7 | 9 | 5 | 4 | 0 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 8 | 6 | 0 | N | 0 | 0 | 1 |

Název IČO Nemocnice Havlíčkův Brod, přísp. org.


**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       | 31.12.2024 |

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

6 0 0 0 1 1 0 1

Interní příjmová ambulance

0 0 0 0 0 0 0 2

A 0 1 0 0 0

(jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA(Y) PRACOVISTĚ**

| Město / Obec   | Ulice  | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    |
|----------------|--------|---------------|------------|--------|
| Havlíčkův Brod | Husova |               | 2624       | 580 01 |

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

Smluvní odbornost - hlavní

1 0 1

DALŠÍ SMLOUVNÍ ODBORNOSTI

|   | Odbornost | Přidat řádek |
|---|-----------|--------------|
| x | 1 0 3     |              |
| x | 1 0 5     |              |
| x | 1 0 7     |              |

**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

Počet hodin v týdnu

|     |
|-----|
| 5   |
| 3 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   | 1.1.2023  | 31.12.2024 |  |
| 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 | 9 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 1 | 2 | 5 | PULZNÍ OXYMETRIE  | 1.2.2022  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 1 | 2 | 7 | EKG VYŠETŘENÍ   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 1 | 4 | 1 | UZ DOPPLEROVSKÉ VYŠETŘENÍ CÉV BEZ B ZOBRAZENÍ   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 2 | 2 | 0 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 2 | 3 | 7 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM^2   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 2 | 4 | 7 | ŽALUDEČNÍ LAVÁŽ LÉČEBNÁ   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM  | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN                     | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 5 | 0 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)                   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 5 | 1 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE) | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET  | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 5 | 6 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 DO 12 LET  | 1.1.2024  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 5 | 7 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET   | 1.1.2024  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 6 | 3 | VÝKON LÉKAŘSKÉ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY  | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| 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 | 4 | PÉČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY  | 1.1.2022  | 31.12.2024 |  |
| 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 | 7 | ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ   | 1.1.2022  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 6 | 9 | ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ  | 1.1.2022  | 31.12.2024 |  |
| X  | 0          | 9 | 5 | 7 | 2 | VÍCEČETNÝ ZÁKROK  | 1.1.2022  | 31.12.2024 |  |
| X  | 1          | 1 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU  | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 1          | 1 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 1          | 1 | 1 | 1 | 1 | EKG VYŠETŘENÍ INTERNISTOU   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 1          | 2 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ ANGIOLOGEM   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 1          | 3 | 1 | 1 | 1 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C NIŽŠÍ NEŽ 53 MMOL/MOL  | 1.1.2024  | 31.12.2024 |  |
| X  | 1          | 3 | 1 | 1 | 2 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C V ROZMEZÍ OD 53 MMOL/MOL DO 56 MMOL/MOL                      | 1.1.2024  | 31.12.2024 |  |
| X  | 1          | 3 | 1 | 1 | 3 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C V ROZMEZÍ OD 56 MMOL/MOL DO 60 MMOL/MOL                      | 1.1.2024  | 31.12.2024 |  |
| X  | 1          | 3 | 1 | 1 | 4 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C OD 60 MMOL/MOL   | 1.1.2024  | 31.12.2024 |  |
| X  | 5          | 1 | 3 | 9 | 5 | PUNKCE PERITONEÁLNÍ DIAGNOSTICKÁ ČI TERAPEUTICKÁ  | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |
| X  | 7          | 6 | 2 | 1 | 1 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PERMANENTNÍ CĚVKOU   | 1.1.2019  | 31.12.2024 |  |

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

|   |         |     |                            |              |  |              |          |
|---|---------|-----|----------------------------|--------------|--|--------------|----------|
| Import *.xml;*.csv - Seznam č. 7                    |         |     | Export *.csv - Seznam č. 7 |              |  | Přidat řádek |          |
| 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 2020 PZS garantuje zajištění emergency příjmu, vč. zajištění komplementu v režimu 24/7.

Výkon 09125 nasmlouvaný od 1.2.2022: Pro úhradu poskytnutých hrazených služeb nebude uvedena změna spektra nasmlouvaných výkonů důvodem pro zohlednění tohoto výkonu ve smyslu úhrady nové kapacity dle příslušných ustanovení vyhlášek upravujících financování příslušného období a bude splněno věcné a technické vybavení a personální zajištění.

Tento formulář CB nahrazuje s účinností od 01.01.2019 formulář CB s datem uplatnění od 01.10.2017.

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 | <b>PRACOVISTĚ – PŘÍJMOVÁ AMBULANCE S NEPŘETRŽITÝM PROVOZEM</b><br>nebo <b>PRACOVISTĚ OPERAČNÍ SÁL(Y)</b><br><b>součást lůžkového oddělení - primariátu uvedeného ve formuláři typu C (část informativní)</b> |
|--------|--|

ČÍSLO PRIMARIÁTU

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

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 3

Export \*.csv - Seznam č. 3

Přidat řádek

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

| s.<br>3 | Kód ZTV    | Název dle ZP                  | Souhrnný název<br>pro skupinu | Výrobní<br>číslo | Počet<br>přístr. | Výrobce                   | Název od ZZ           | Datum od | Datum do   |
|---------|------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|----------|------------|
| X       | 0000000429 | Oxymetr pulzní v ceně 4 500,- |                               | 547304           | 1                | Masimo<br>Corporation,USA | Oxymetr pulzní Masimo | 1.2.2022 | 31.12.2024 |

Elektronický podpis za Zdravotnické zařízení

Elektronický podpis za Pojišťovnu