

IČO

0	0	6	7	3	9	5	1
5	0	2	1	3	0	0	0
2	4	5	0	F	0	0	1

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO

Léčebna respiračních nemocí Cvikov,p.o.,



**VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY**

**PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-02 / 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

Tisk

Odsouhlasení formuláře

Verze číslo

Upraveno pro předání

Typ U

**ZAŘÍZENÍ ÚSTAVNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE  
SOUHRNNÉ ÚDAJE**

**PŘEHLED POČTU LŮŽEK SMLUVNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ**

**AKUTNÍ PÉČE**

Standardní péče

			0
			0

Intenzivní, resuscitační péče

(včetně perinatologické, spinální)

**NÁSLEDNÁ PÉČE**

Péče OLÚ

		7	2
			0

(včetně spinální následné)

Péče LDN (OD 00024)

			0
			0

Péče na ošetrovatelských lůžkách

Hospicová péče

			0
			0

**DLOUHODOBÁ INTENZIVNÍ PÉČE**

Dlouhodobá intenzivní péče (DIP)

			0
			0

Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP)

**PŘEHLED POČTU PRACOVÍŠŤ SMLUVNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ**Počet vyplněných formulářů typu **C**    **1** (primariát)Počet vyplněných formulářů typu **CA**    **0** (pracoviště poskytující ambulantní péči jako součást primariátu)Počet vyplněných formulářů typu **CB**    **0** (pracoviště – příjmová ambulance s nepřetržitým provozem jako součást lůžkového oddělení – primariátu)Počet vyplněných formulářů typu **CB**    **0** (pracoviště – operační sály, jako součást lůžkového oddělení – primariátu)Počet vyplněných formulářů typu **CC**    **1** (pracoviště lůžkové péče)Počet vyplněných formulářů typu **A**    **0** (pracoviště – ordinace lékaře – jako součást primariátu)Počet vyplněných formulářů typu **B**    **0** (pracoviště zdravotnického týmu – jako součást primariátu)Počet vyplněných formulářů typu **J**    **0** (pracoviště jednodenní péče – jako součást primariátu)**PRACOVÍŠTĚ BEZ VAZBY NA PRIMARIÁT**Počet vyplněných formulářů typu **A**    **0** (pracoviště – ordinace lékaře)Počet vyplněných formulářů typu **B**    **1** (pracoviště zdravotnického týmu)Počet vyplněných formulářů typu **J**    **0** (pracoviště jednodenní péče)

OBORY ČINNOSTI ZZ				Přidat řádek
Kód	Název oboru			
X	2	_	5	TUBERKULÓZA A RESPIRAČNÍ NEMOCI

OBORY ČINNOSTI SE SMLUVNÍM SDH			Přidat řádek
Kód	Název oboru	Primariát č.	SDH

Elektronický podpis za Zdravotnické zařízení

e

Elektronický podpis za Pojišťovnu