

IČO

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 7 | 0 | 8 | 5 | 0 | 3 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Záčíslí IČO

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

IČZ smluvního ZZ

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

Číslo smlouvy

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 2 | 4 | 3 | 0 | N | 0 | 5 | 6 |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|

Název IČO

Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

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

SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

Platnost smlouvy ode dne1.1.2025

Číslo složky

Číslo dodatku

Datum uplatnění od1.1.2025

Datum uplatnění do31.12.2029

Typ A

PRACOVISTĚ – ORDINACE LÉKAŘE

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

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

PRACOVISTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU

☒ Ano☐ Ne

ČÍSLO PRIMARIÁTU

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

NÁZEV ORDINACE

Interní ambulance

VARIABILNÍ SYMBOL

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

(jen je-li přidělen v SZZ)

| ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ ORDINACE |           |               |            |        |      |
|-------------------------------|-----------|---------------|------------|--------|------|
| Město / Obec                  | Ulice     | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    | Poř. |
| Příbram 5 - Zdaboř            | Podbrdská |               | 269        | 261 01 | 1    |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISTĚ

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

PRACOVISTĚ JE HRAZENO FORMOU KKV

☐ Ano☒ Ne

ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Počet dnů poskytování péče v týdnu

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

Počet hodin poskytování péče v týdnu

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | 1 | 3 |
|--|--|---|---|

(zaokrouhleno na celé hodiny)

| ROZVRH ORDINAČNÍCH HODIN DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm) |       |       |       |       | Pořadí                            | 1 |
|--|-------|-------|-------|-------|-----------------------------------|---|
|  | od    | do    | od    | do    | místo provozování                 |   |
| Pondělí  | 07:00 | 12:00 | 12:30 | 14:00 | Podbrdská 269, Příbram V - Zdaboř |   |
| Úterý  |       |       |       |       |                                   |   |
| Středa   |       |       |       |       |                                   |   |
| Čtvrtek  | 07:00 | 12:00 | 12:30 | 14:00 | Podbrdská 269, Příbram V - Zdaboř |   |
| Pátek  |       |       |       |       |                                   |   |
| Sobota   |       |       |       |       |                                   |   |
| Neděle   |       |       |       |       |                                   |   |

VEDOUcí PRACOVIŠTĚ

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

bez lomítka

| Kategorie pracovníka | Typ pracovníka | Datum od | Datum do   | Kapacita pracovníka |
|----------------------|----------------|----------|------------|---------------------|
| L3                   | X              | 1.3.2018 | 31.12.2029 | 16,00               |

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                             |  |

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                                   |  |

SOUČET KAPACIT ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVÍŠTI

(dle kategorie - včetně vedoucího pracoviště)

| Skupina  | Kategorie pracovníka |  | Kapacita |
|--|----------------------|--|----------|
| Lékaři   | L3                   | Lékař se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí   | 16,00    |
|  | 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 | 0,00     |
|  | L1                   | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání  | 0,00     |
| VNP<br>(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.  | 0,00     |
|  | K1                   | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním s odbornou způsobilostí k výkonu povolání. Fyzioterapeut i bez VŠ vzdělání nebo s vyšším odborným vzděláním  | 0,00     |
| JOP<br>(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<br>(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   | 0,00     |
|  | S2                   | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)   | 0,00     |
|  | 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     |

NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA (pouze praktický lékař)

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

SMLUVENÁ ÚZEMNÍ OBLAST PRO NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBU  
(údaj v km, příp. vyjmenovat příslušné obce)

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  |
|-------|---------|------|
|       | Příbram | 020B |

| SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVÍŠTI (seznam č.1)                      |                              |   |   |   |   |   |       |       |           |          |          |          |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
|--|------------------------------|---|---|---|---|---|-------|-------|-----------|----------|----------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| s. 1   | Rodné číslo<br>(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 – základní soubor výkonů (seznam č. 2a) |                              |   |   |   |   |   |       |       |           |          |          |          |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| s. 2a  | Kód výkonu                   |   |   |   |   | Název výkonu  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | Datum od   |            | Datum do   |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                     |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 1 | 1 | 9 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 2 | 1 | 6 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 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 | 2 | 3 | INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 2 | 2 | 7 | I. V. APLIKACE KRVE NEBO KREVNÍCH DERIVÁTŮ  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 2 | 4 | 9 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U MUŽE JEDNORÁZOVÁ   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 5 | 0 | 9 | OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 5 | 2 | 3 | EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 5 | 2 | 5 | ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 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 | 3 | 2 | VÝKON PROHLÍDKY DISPENZARIZOVANÉ OSOBY  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 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 | 4 | 7 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON REGULAČNÍ POPLATEK - POJIŠTĚNEC OD ÚHRADY POPLATKU OSVOBOZEN   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 5 | 5 | 0 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)                   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 9 | 5 | 5 | 1 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE) |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 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 | 6 | 1 | VYBAVENÍ PACIENTA PRO PÉČI MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 1                            | 1 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 1                            | 1 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 1                            | 1 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 1                            | 1 | 0 | 2 | 4 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU - PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 1                            | 1 | 0 | 2 | 5 | SUPERKONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 1                            | 1 | 1 | 1 | 1 | EKG VYŠETŘENÍ INTERNISTOU   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 5                            | 1 | 3 | 9 | 5 | PUNKCE PERITONEÁLNÍ DIAGNOSTICKÁ ČI TERAPEUTICKÁ  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  | 7                            | 6 | 2 | 1 | 1 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PERMANENTNÍ CÉVKOU   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2029 |            |            |            |            |            |
|  |                              |   |   |   |   |   |       |       |           |          |          |          |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b)           |                              |   |   |   |   |   |       |       |           |          |          |          |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| s.2b   | Kód výkonu                   |   |   |   |   | Název výkonu  |       |       |           |          |          |          |           |            |            | Datum od   |            | Datum do   |            |            |            |            |            |
|  | 0                            | 1 | 3 | 0 | 6 | (VZP) PRŮKAZ ANTIGENU SARS-COV-2 - DIAGNOSTIKA U SYMPTOMATICKÝCH PACIENTŮ   |       |       |           |          |          |          |           |            |            | 1.1.2025   |            | 31.12.2025 |            |            |            |            |            |
|  | 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 | 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 |            |            |            |            |            |

|  |   |   |   |   |   |  |          |            |
|--|---|---|---|---|---|--|----------|------------|
|  | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C NIŽŠÍ NEŽ 53 MMOL/MOL                   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C V ROZMEZÍ OD 53 MMOL/MOL DO 56 MMOL/MOL | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C V ROZMEZÍ OD 56 MMOL/MOL DO 60 MMOL/MOL | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C OD 60 MMOL/MOL                          | 1.1.2025 | 31.12.2029 |

| SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 3) |            |   |                            |               |               |                |                |          |            |
|---|------------|---|----------------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------|------------|
| s. 3  | Kód ZTV    | Název dle ZP                                  | Souhrnný název pro skupinu | Výrobní číslo | Počet přístř. | Výrobce        | Název od ZZ    | Datum od | Datum do   |
|   | 0000000134 | EKG přístroj (cena dle reg. listu 180 000 Kč) |                            | CNB2907232    | 1             | Hewlet Packard | ev. č. V000933 | 1.1.2025 | 31.12.2029 |

| 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

Příloha č. 2 k nové smlouvě s účinností od 1. 1. 2025.

PZS přebírá ze smlouvy č. 1830N014 referenční údaje.

Výkon 01306 je nasmlouván do 31.12.2025.

Výkon 11024 lze vykázat pouze u pacientů s ASA 3 a více nebo u pacienta, který se dosud u tohoto poskytovatele neléčil nebo u kterého byl naposledy vyšetřen před více než 2 lety. Současně je nutno respektovat podmínky výkonu dané v obecné části SZV - viz zásadní změny obecné části - kapitola 4.

Výkon 11025 bude uhrazen max. pro 10 pacientů za rok. Současně je nutno respektovat podmínky výkonu dané v obecné části SZV - viz zásadní změny obecné části - kapitola 4.

Poskytovatel garantuje, že technický stav přístrojového vybavení je kontrolován a odpovídá platným právním předpisům. Zdravotnické zařízení předloží na vyžádání potřebnou dokumentaci k přístrojovému vybavení.