

IČO

0	0	0	9	2	5	8	4
8	3	0	0	1	0	0	0
2	4	8	3	N	0	0	1

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace


**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	1.1.2025
Číslo složky	
Číslo dodatku	
Datum uplatnění od	1.1.2025
Datum uplatnění do	31.12.2029

Tisk

Odsouhlasení formuláře

Verze číslo 

Upraveno pro předání

Formulář obsahuje část

 Smluvní i informativní
  Jen smluvní
  Jen informativní

**Typ CB PRACOVISŤĚ – PŘÍJMOVÁ AMBULANCE S NEPŘETRŽITÝM PROVOZEM**  
nebo **PRACOVISŤĚ OPERAČNÍ SÁL(Y)**  
**součást lůžkového oddělení - primariátu uvedeného ve formuláři typu C (část smluvní)**

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISŤĚ (IČP)

8 3 0 0 1 4 2 0

NÁZEV PRACOVISŤĚ

Neurol.příjmová ambulance - odb. 209

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 0 4

VARIABILNÍ SYMBOL

(jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA(Y) PRACOVISŤĚ**

Město / Obec	Ulice	Č. orientační	Č. popisné	PSČ
Znojmo	MUDR. Jana Janského	11	2675	669 02

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

Smluvní odbornost - hlavní

2 0 9

DALŠÍ SMLOUVNÍ ODBORNOSTI

Odbornost [Přidat řádek](#)**KVALIFIKACE VEDOUČÍHO LÉKAŘE PRACOVISŤĚ**

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

**DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUČÍHO LÉKAŘE NA PRACOVISŤI**

Počet dnů v týdnu

5

Počet hodin v týdnu

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

s.2b	Kód výkonu	Název výkonu	Datum od	Datum do
X	0 9 1 1 5	ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 1 1 9	ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 1 2 5	PULZNÍ OXYMETRIE	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 1 2 7	EKG VYŠETŘENÍ	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 1 3 3	SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 2 1 3	NEODKLADNÁ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE ZÁKLADNÍ Á 10 MINUT	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 2 1 5	INJEKCE I. M., S. C., I. D.	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 2 1 6	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 2 1 9	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 2 2 0	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 2 2 3	INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 1 1	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 1 3	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM	1.1.2025	31.12.2029
X	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
X	0 9 5 4 5	(VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON REGULAČNÍ POPLATEK ZA POHOTOVOSTNÍ SLUŽBU - POPLATEK UHRAZEN	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 4 7	(VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON REGULAČNÍ POPLATEK - POJIŠTĚNEC OD ÚHRADY POPLATKU OSVOBOZEN	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 5 0	INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PĚČE)	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 5 1	INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PĚČE)	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 5 5	OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 5 6	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 DO 12 LET	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 5 7	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 6 4	PĚČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 6 7	ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 6 9	ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 7 2	VÍCEČETNÝ ZÁKROK	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 5 8 0	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI O SVÁTČÍCH, VÍKENDECH A V NOCI	1.1.2025	31.12.2025
X	0 9 5 8 1	PĚČE AMBULANTNÍHO SPECIALISTY MIMO BĚŽNOU PRACOVNÍ DOBU	1.1.2025	31.12.2025
X	2 1 5 1 0	MĚKKÉ A MOBILIZAČNÍ TECHNIKY	1.1.2025	31.12.2029
X	2 1 5 2 0	MOBILIZACE PÁTEŘE NEBO KLOUBU - S NÁRAZEM	1.1.2025	31.12.2029
X	2 9 0 2 2	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ NEUROLOGEM	1.1.2025	31.12.2029
X	2 9 0 2 3	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ NEUROLOGEM	1.1.2025	31.12.2029
X	2 9 1 1 1	SPECIÁLNÍ NEUROLOGICKÉ VYŠETŘOVACÍ TESTY	1.1.2025	31.12.2029
X	2 9 5 1 0	OBSTŘIK PERIFERNÍHO NERVU	1.1.2025	31.12.2029
X	2 9 5 2 0	KOŘENOVÝ OBSTŘIK	1.1.2025	31.12.2029

## SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – výkony na operačních sálech (seznam č. 2d)

s.2d	Kód výkonu	Název výkonu	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

### SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM

### DALŠÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Tento formulář CB s účinností od 01.01.2025 nahrazuje formulář CB účinný od 01.01.2019.

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

ÚČINNOST HLÁŠENÍ

0 1 . 0 1 . 2 0 2 5

Typ CB

**PRACOVIŠTĚ – PŘÍJMOVÁ AMBULANCE S NEPŘETRŽITÝM PROVOZEM**  
nebo **PRACOVIŠTĚ OPERAČNÍ SÁL(Y)**  
součást lůžkového oddělení - primariátu uvedeného ve formuláři typu C (část informativní)

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 0 4

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVIŠTĚ (IČP)

8 3 0 0 1 4 2 0

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 3

Export \*.csv - Seznam č. 3

Přidat řádek

SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY (seznam č. 3)

s.	Kód ZTV	Název dle ZP	Souhrnný název pro skupinu	Výrobní číslo	Počet přístr.	Výrobce	Název od ZZ	Datum od	Datum do
----	---------	--------------	----------------------------	---------------	---------------	---------	-------------	----------	----------

Elektronický podpis za Zdravotnické zařízení

Elektronický podpis za Pojišťovnu