

IČO

2 5 4 8 8 6 2 7

IČZ smluvního ZZ

5 9 0 0 1 0 0 0

Číslo smlouvy

2 4 5 9 M 0 0 1

Název IČO Krajská zdravotní, a.s.

**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	1.9.2025
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)

5 9 0 0 1 9 1 3

NÁZEV PRACOVISŤĚ

Centrum krizové péče

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 2 0

VARIABILNÍ SYMBOL

(jen je-li přidělen v SZZ)

ADRESA(Y) PRACOVISŤĚ

Město / Obec	Ulice	Č. orientační	Č. popisné	PSČ
Ústí nad Labem	Sociální péče	12A	3316	401 13

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

Smluvní odbornost - hlavní

3 6 5

DALŠÍ SMLUVNÍ 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

1 0

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

s.2b	Kód výkonu	Název výkonu	Datum od	Datum do
X	0 9 2 1 5	INJEKCE I. M., S. C., I. D.	1.9.2025	31.12.2029
X	0 9 5 1 3	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 0 2 1	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PSYCHIATREM	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 0 2 2	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PSYCHIATREM	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 0 2 3	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PSYCHIATREM	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 0 5 0	TELEFONICKÁ KONZULTACE PSYCHIATRA NEBO KLINICKÉHO PSYCHOLOGA V PÉČI O JEHO PACIENTA	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 5 2 0	PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ SYSTEMATICKÁ, PROVÁDĚNÁ PSYCHIATREM, KLINICKÝM PSYCHOLOGEM NEBO LÉKAŘEM S PSYCHOTERAPEUTICKOU KVALIFIKACÍ.	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 8 1 1	ZAVEDENÍ / UKONČENÍ INDIVIDUÁLNÍ PSYCHIATRICKÉ REHABILITACE, KONZULTACE, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST SESTRY PRO PÉČI V PSYCHIATRII	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 8 1 6	ZHODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU SESTROU PRO PÉČI V PSYCHIATRII	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 8 2 0	TELEFONICKÁ KONZULTACE SESTRY V PÉČI O PACIENTA	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 8 2 1	KRIZOVÁ INTERVENCE PROVÁDĚNÁ SESTROU PRO PÉČI V PSYCHIATRII	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 8 2 3	EDUKACE SESTROU PRO PÉČI V PSYCHIATRII	1.9.2025	31.12.2029
X	3 5 8 2 4	SLEDOVÁNÍ PACIENTA PO TERAPEUTICKÉ INTERVENCI	1.9.2025	31.12.2029
X	3 7 1 1 1	SPECIFICKÁ PSYCHOLOGICKÁ INTERVENCE (Á 30 MINUT)	1.9.2025	31.12.2029
X	3 7 1 1 5	KRIZOVÁ INTERVENCE(Á 30 MINUT)	1.9.2025	31.12.2029
X	3 7 1 2 5	EMERGENTNÍ PSYCHOTERAPIE Á 60 MINUT	1.9.2025	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

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

ÚČINNOST HLÁŠENÍ

0 1 . 0 9 . 2 0 2 5

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

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 2 0

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISŤĚ (IČP)

5 9 0 0 1 9 1 3

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