

IČO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 3 | 5 | 9 | 3 | 2 | 0 | 7 |
| 8 | 7 | 2 | 7 | 5 | 3 | 0 | 0 |
| 2 | 2 | 8 | 7 | W | 0 | 0 | 1 |

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO ALZHEIMER HOME z.ú.


**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**
PŘÍLOHA č. 2 ZVLÁŠTNÍ SMLOUVY – Vstupní formulář / V-03 / 9.10.10 / 4_12

| | |
|--------------------------|------------|
| Platnost smlouvy ode dne | 1.1.2022 |
| Číslo složky | |
| Číslo dodatku | |
| Datum uplatnění od | 1.10.2025 |
| Datum uplatnění do | 31.12.2029 |

**Typ Z PRACoviŠTĚ TÝMU PRO OŠETŘOVATELSKOU A REHABILITAČNÍ PĚČI
V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACoviŠTĚ (IČP)

8 7 2 7 5 3 0 4

NÁZEV PRACoviŠTĚ

ALZHEIMER HOME Opava

VARIABILNÍ SYMBOL

(jen je-li přidělen v SZZ)

ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ PRACoviŠTĚ

| Město / Obec | Ulice | Č. orientační | Č. popisné | PSČ | Poř. |
|-------------------|-----------|---------------|------------|--------|------|
| Opava - Kateřinky | Holasická | 2 | 1154 | 747 05 | 1 |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACoviŠTĚ

9 1 3

VEDOUcí PRACoviŠTĚ

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

bez lomítka

| Kategorie pracovníka | Typ pracovníka | Datum od | Datum do | Kapacita pracovníka |
|----------------------|----------------|----------|------------|---------------------|
| S2 | X | 1.4.2025 | 31.12.2029 | 40,00 |

Funkční licence

KVALIFIKACE VEDOUcíHO PRACoviŠTĚ

Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání

Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru

Odborná způsobilost v oboru

Specializovaná způsobilost v oboru

Zvláštní odborná způsobilost v oboru

Jiná speciální odborná způsobilost (např. akreditovaný kvalifikační kurz v oboru...)

KAPACITA ZAŘÍZENÍ

Počet klientů pobytového zařízení sociálních služeb

5 5

| SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|---|---|---|---|---|-----------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| s.2b | Kód výkonu | | | | | Název výkonu | Datum od | Datum do | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 1 | 3 | OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 2 | 0 | APLIKACE LÉKŮ NEINVAZIVNÍ CESTOU | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 2 | 1 | KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU, EVENT. ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 2 | 3 | APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I. M. NEBO S. C. | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 2 | 4 | APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I. V. | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 2 | 5 | PŘÍPRAVA A APLIKACE ORDINOVANÉ INFÚZNÍ TERAPIE I. V. NEBO S. C. ZA ÚČELEM ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, DODÁNÍ LÉČEBNÝCH LÁTEK A ENERGETICKÝCH ZDROJŮ, LÉČBY BOLESTI | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 2 | 7 | APLIKACE INHALAČNÍ LÉČEBNÉ TERAPIE, OXYGENOTERAPIE | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 2 | 9 | PÉČE O RÁNU | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 3 | 1 | KOMPLEX - KLYSMA, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 3 | 2 | KOMPLEX - LAVÁŽE, ZAVÁDĚNÍ A VÝMĚNA PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 3 | 3 | ZAVÁDĚNÍ NASOGASTRICKÉ SONDY | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 3 | 5 | KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU, OŠETŘENÍ KOŽNÍCH LÉZÍ PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 3 | 7 | NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 3 | 9 | OŠETŘENÍ STOMIÍ | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 4 | 1 | ODSÁVÁNÍ SEKRETU Z DÝCHACÍCH CEST | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 4 | 5 | BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI V DOBĚ OD 22:00 DO 06:00 HODIN | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 6 | 6 | 4 | 9 | BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 6 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 DO 12 LET | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 7 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 9 | 5 | 6 | 7 | ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 9 | 5 | 6 | 9 | ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |
| | 0 | 9 | 5 | 7 | 2 | VÍCEČETNÝ ZÁKROK | 1.10.2025 | 31.12.2029 | | | | | | | | | |

| SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVIŠTI (seznam č.1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|----------|-------|-------|-----------|----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| s. 1 | Rodné číslo (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 |
| | | | | | S2 | O | 1.10.2025 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S2 | O | 1.7.2025 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S2 | O | 1.10.2025 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S1 | O | 1.11.2023 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S1 | O | 1.9.2025 | 31.12.2029 | 8,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S1 | O | 1.9.2025 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S1 | O | 1.9.2025 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S2 | O | 1.4.2025 | 31.12.2029 | 8,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S2 | O | 1.1.2024 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S2 | O | 1.9.2025 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S2 | O | 1.1.2024 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S1 | O | 1.9.2025 | 31.12.2029 | 30,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S1 | O | 1.10.2025 | 31.12.2029 | 40,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S2 | O | 1.10.2025 | 31.12.2029 | 8,00 | | | | | | | | | | |

SOUČET KAPACIT PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI (v hodinách péče za týden - dle kategorie)

| Skupina | Kategorie pracovníka | Kapacita |
|--|--|----------|
| NLZP (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) | 296,00 |
| | S1 NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD) | 198,00 |

SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Pro vykazování kódů 06645 a 06649 musí poskytovatel zajistit poskytování péče všeobecnými sestrami způsobilými k výkonu povolání bez odborného dohledu v bonifikované době.

Výkon 06641 nelze vykázat u pacientů v DUPV a u pacientů s tracheostomií, v ostatních případech musí být na dokladu VZP-06orp/2009 odsávání sekretu indikováno na definované období s uvedením maximální možné denní frekvence, ve zdrav. dok. musí být záznam o odsátí sekretu s uvedením hodiny, množství odsátého sekretu, jeho barvě a konzistenci.

06632 - KOMPLEX - LAVÁŽE, ZAVÁDĚNÍ A VÝMĚNA PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ:

Katetrizaci močového měchýře u muže provádí pouze všeobecná sestra, která pro tuto činnost získala zvláštní odbornou způsobilost, tj. absolvovala CK se zaměřením na katetrizaci močového měchýře u muže a související činnosti.

Výkon 06635 - Komplex vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou, ošetření kožních lézí přístrojovou technikou v případě provedení výkonu s použitím biolampy není hrazen z prostředků v.z.p

Přístrojové vybavení:

glukometr 40501020CA6, EKG (07600B000776, BTL, kyslík. koncentrátor (304052021233140087, SYSMED), odsávačka (21A0740100, Aspira), pulsní oxymetr Finger Tip 244464703501, infuzní pumpa Agilia 320104650,

Úhrada nově nasmlouvaného výkonu 06625 s účinností od 1.10.2025 je sjednána v dodatku č. 15 Smlouvy.

Aktualizace 10/2025: aktualizace personálu, výkon 06625

Tento formulář je účinný od 1.10.2025 a nahrazuje formulář účinný od 1.9.2025.

Elektronický podpis za statutárního zástupce
pobytového zařízení sociálních služeb

Elektronický podpis za Pojišťovnu