

IČO

0	0	8	4	2	0	0	1
8	4	2	3	1	0	0	0
2	4	8	4	N	0	0	2

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.

**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 4 2 3 1 1 0 1

NÁZEV PRACOVISŤĚ

interní příjmová ambulance

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 0 1

VARIABILNÍ SYMBOL

(jen je-li přidělen v SZZ)

ADRESA(Y) PRACOVISŤĚ

Město / Obec	Ulice	Č. orientační	Č. popisné	PSČ
Nové Město na Moravě	Žďárská		610	592 31

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

Smluvní odbornost - hlavní

1 0 1

DALŠÍ SMLOUVNÍ ODBORNOSTI

Odbornost [Přidat řádek](#)

x 4 0 4

KVALIFIKACE VEDOUcíHO LÉKAŘE PRACOVISŤĚ

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

DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUcíHO LÉKAŘE NA PRACOVISŤI

Počet dnů v týdnu

5

Počet hodin v týdnu

4 0

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

s.2b	Kód výkonu	Název výkonu	Datum od	Datum do
X	0 1 3 0 6	(VZP) PRŮKAZ ANTIGENU SARS-COV-2 - DIAGNOSTIKA U SYMPTOMATICKÝCH PACIENTŮ	1.1.2025	31.12.2025
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 3 3	SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ	1.1.2025	31.12.2029
X	0 9 1 3 5	UZ VYŠETŘENÍ POUZE JEDNOHO ORGÁNU V NĚKOLIKA ROVINÁCH	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 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 3 3	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE	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 2 3	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU	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 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	PÉČE 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 SVÁTCÍCH, VÍKENDECH A V NOCI	1.1.2025	31.12.2025
X	0 9 5 8 0	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI O SVÁTCÍCH, VÍKENDECH A V NOCI	1.1.2026	31.12.2026
X	0 9 5 8 1	PÉČE AMBULANTNÍHO SPECIALISTY MIMO BĚŽNOU PRACOVNÍ DOBU	1.1.2025	31.12.2025
X	0 9 5 8 1	PÉČE AMBULANTNÍHO SPECIALISTY MIMO BĚŽNOU PRACOVNÍ DOBU	1.1.2026	31.12.2026
X	1 1 0 2 2	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU	1.1.2025	31.12.2029
X	1 1 0 2 3	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU	1.1.2025	31.12.2029
X	1 1 1 1 1	EKG VYŠETŘENÍ INTERNISTOU	1.1.2025	31.12.2029
X	1 3 1 1 1	(VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C NIŽŠÍ NEŽ 53 MMOL/MOL	1.1.2025	31.12.2029
X	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
X	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
X	1 3 1 1 4	(VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON PRO HODNOTU GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HBA1C OD 60 MMOL/MOL	1.1.2025	31.12.2029
X	2 2 1 0 9	LÉČEBNÁ VENEPUNKCE - TERAPEUTICKÝ VÝKON U PACIENTŮ S DIAGNÓZOU POLYCYTEMIA, RESP. POLYGLOBULIE (ERYTHROCYTÓZA) Z DŮVODU SYMPTOMATICKÉ LÉČBY	1.1.2025	31.12.2029
X	4 4 0 0 5	CÍLENÉ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	1.1.2025	31.12.2029
X	4 4 0 2 2	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM	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 nahrazuje s účinností od 1.1.2025 formulář CB s datem uplatnění od 1.1.2019.

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 1

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVIŠTĚ (IČP)

8 4 2 3 1 1 0 1

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