

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

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

8 4 2 3 1 2 0 9

NÁZEV PRACOVISTĚ

neurologická příjmová ambulance

ČÍSLO PRIMARIÁTU

0 0 0 0 0 0 0 4

VARIABILNÍ SYMBOL

(jen je-li přidělen v SZZ)

ADRESA(Y) PRACOVISTĚ

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

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

Smluvní odbornost - hlavní

2 0 9

DALŠÍ SMLUVNÍ ODBORNOSTI

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

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

DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUČÍHO LÉKAŘE NA PRACOVISTĚ

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 9 1 1 1 | ODBĚR KAPILÁRNÍ KRVE | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| 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 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 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 3 | INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 0 9 2 3 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 0 9 2 4 5 | ZAVEDENÍ GASTRICKÉ SONDY PRO ENTERÁLNÍ VÝŽIVU | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 0 9 2 4 9 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U MUŽE JEDNORÁZOVÁ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 0 9 5 0 9 | OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA | 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 1 9 | KONZILIUM SPECIALISTOU - NÁVŠTĚVA SPECIALISTY U PACIENTA | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 0 9 5 2 7 | PROHLÍDKA ZEMŘELÉHO - MIMO LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ | 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 | 1.4.2025 | 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 | 1.1.2026 | 31.12.2026 |
| X | 0 9 5 8 1 | PÉČE AMBULANTNÍHO SPECIALISTY MIMO BĚŽNOU PRACOVNÍ DOBU | 1.1.2025 | 31.12.2025 |
| 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 | OBSTŘÍK PERIFERNÍHO NERVU | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 2 9 5 2 0 | KOŘENOVÝ OBSTŘÍK | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 6 6 8 1 1 | INJEKCE DO BURZY, GANGLIA, POCHVY ŠLACHOVÉ | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 7 6 2 1 1 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PERMANENTNÍ CĚVKOU | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
| X | 7 8 2 3 5 | EPIDURÁLNÍ NEBO SUBARACHNOIDEÁLNÍ PUNKCE S PODÁNÍM ANESTETIKA EV. OPIÁTU | 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

Výkon 09564 nasmlouvaný od 1.4.2025:

Pro úhradu poskytnutých hrazených služeb nebude uvedená změna spektra nasmlouvaných výkonů důvodem pro zohlednění tohoto výkonu ve smyslu úhrady nové kapacity dle příslušných ustanovení vyhlášek upravujících financování příslušného období a bude splněno věcné a technické vybavení a personální zajištění.

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 4

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVIŠTĚ (IČP)

8 4 2 3 1 2 0 9

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