

IČO

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 5 | 4 | 8 | 8 | 6 | 2 | 7 |
| 5 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 4 | 5 | 9 | M | 0 | 0 | 1 |

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO Krajská zdravotní, a.s.


**VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY**

**PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-12 / 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       | 1.1.2026   |
| Datum uplatnění do       | 31.12.2029 |

Tisk

Odsouhlasení formuláře

Verze číslo 

Upraveno pro předání

Typ A

**PRACoviŠTĚ – ORDINACE LÉKAŘE**

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACoviŠTĚ (IČP)

|                                      |   |   |   |                          |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|--------------------------|---|---|---|
| 5                                    | 9 | 0 | 0 | 1                        | 3 | 2 | 4 |
| <input checked="" type="radio"/> Ano |   |   |   | <input type="radio"/> Ne |   |   |   |
| 0                                    | 0 | 0 | 0 | 0                        | 0 | 1 | 9 |

PRACoviŠTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU

ČÍSLO PRIMARIÁTU

NÁZEV ORDINACE

Dětská klinika - kožní ambulance

VARIABILNÍ SYMBOL

2 8 3 2 1 5 (jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ ORDINACE**

Přidat řádek

| Město / Obec                                       | Ulice         | Č. orientační | Č. popisné | PSC    | Poř. |
|--|---------------|---------------|------------|--------|------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ústí nad Labem | Sociální péče | 12A           | 3316       | 401 13 | 1    |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACoviŠTĚ

|   |   |   |
|---|---|---|
| 4   | 0 | 4 |
| <input type="radio"/> Ano <input checked="" type="radio"/> Ne |   |   |

PRACoviŠTĚ JE HRAZENO FORMOU KKVP

**ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE**

Počet dnů poskytování péče v týdnu

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| 1 |  |  |   |
|   |  |  | 8 |

Počet hodin poskytování péče v týdnu

(zaokrouhleno na celé hodiny)

| ROZVRH ORDINAČNÍCH HODIN DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm) |       |       |    |    | Pořadí                                  | 1 | Přidat hodiny | Smazat hodiny |
|--|-------|-------|----|----|---|---|---------------|---------------|
|  | od    | do    | od | do | místo provozování                       |   |               |               |
| Pondělí  |       |       |    |    |   |   |               |               |
| Úterý  |       |       |    |    |   |   |               |               |
| Středa   |       |       |    |    |   |   |               |               |
| Čtvrtek  | 08:00 | 16:00 |    |    | Sociální péče 3316/12A, Ústí n/L 401 13 |   |               |               |
| Pátek  |       |       |    |    |   |   |               |               |
| Sobota   |       |       |    |    |   |   |               |               |
| Neděle   |       |       |    |    |   |   |               |               |

**VEDOUcí PRACOVIŠTĚ**

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

| Kategorie pracovníka | Typ pracovníka | Datum od | Datum do   | Kapacita pracovníka |
|----------------------|----------------|----------|------------|---------------------|
|                      |                | 1.1.2016 | 31.12.2029 | 8,00                |

Funkční licence

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**KVALIFIKACE LÉKAŘE**

|  |  |
|--|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o získání specializované způsobilosti v oboru |  |
| Atestace v oboru   |  |
| Funkční licence k výkonu odborných a diagnostických metod      |  |
| Jiná speciální odborná způsobilost                             |  |

**KVALIFIKACE VNP NEBO JOP**

|  |  |
|--|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání |  |
| Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru           |  |
| Specializovaná způsobilost v oboru   |  |
| Jiná speciální odborná způsobilost   |  |

**DOKLAD O STATUTU LÉKAŘE ŠKOLITELE**

|   |  |
|---|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace v oboru |  |
| Platnost od                                   |  |
| Platnost do                                   |  |

**SOUČET KAPACIT ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVIŠTI**

(dle kategorie - včetně vedoucího pracoviště)

| Skupina   | Kategorie pracovníka   | Kapacita |
|---|--|----------|
| <b>Lékaři</b>   | <b>L3</b> Lékař se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí   | 8,00     |
|   | <b>L2</b> Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene. Symbol L2 se použije také u lékařů, kteří doposud nesplňují podmínky absolvování základního kmene, avšak nejpozději do 31. 12. 2007 byli zařazeni do specializačního vzdělávání | 0,00     |
|   | <b>L1</b> Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání  | 0,00     |
| <b>VNP</b><br>(klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut) | <b>K3</b> Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí, nebo se zvláštní odbornou způsobilostí, příp. s další specializovanou způsobilostí.<br>Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu a po prokázání zvláštní odborné způsobilosti.                 | 0,00     |
|   | <b>K2</b> Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí.<br>Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.   | 0,00     |
|   | <b>K1</b> Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním s odbornou způsobilostí k výkonu povolání.<br>Fyzioterapeut i bez VŠ vzdělání nebo s vyšším odborným vzděláním   | 0,00     |
| <b>JOP</b><br>(jiný VŠ vzdělaný pracovník ve zdr.)                  | <b>J2</b> VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se specializačním vzděláním nebo akreditovaným kvalifikačním kurzem se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání  | 0,00     |
|   | <b>J1</b> VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se získanou odbornou způsobilostí v příslušném oboru  | 0,00     |
| <b>NLZP</b><br>(nelékařský zdravotnický pracovník)                  | <b>S4</b> NLZP s VŠ vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí  | 0,00     |
|   | <b>S3</b> NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí   | 8,00     |
|   | <b>S2</b> NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)   | 0,00     |
|   | <b>S1</b> NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)   | 0,00     |
|   | <b>SBM</b> NLZP způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem – bez maturity   | 0,00     |
|   | <b>DI</b> Pracovník dopravy – Dispečer   | 0,00     |
|   | <b>DD</b> Pracovník dopravy – Řidič vozidla záchranné služby   | 0,00     |
| <b>DZS</b> Pracovník dopravy – Řidič zdravotnického vozidla DRNR    | 0,00   |          |

| Nasmlouvaný kód dopravy |       | Smluvní ohodnocení výkonu dopravy |            |        |
|-------------------------|-------|-----------------------------------|------------|--------|
| Kód                     | Název | Sazba                             | Počet bodů | Paušál |

**SMLUVENÁ ÚZEMNÍ OBLAST PRO NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBU**  
 (údaj v km, příp. vyjmenovat příslušné obce)

|  |
|--|
|  |
|--|

**ÚZEMNÍ OBLAST GARANTOVANÁ POSKYTOVATELEM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**  
 (kromě lékařů registrujících pojištěnce)

|                 |                                      |                                     |                          |
|-----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Příslušný okres | <input checked="" type="radio"/> Ano | <input type="radio"/> Ne            | (dle sídla SZZ)          |
| Další okresy    | <input type="radio"/> Ano            | <input checked="" type="radio"/> Ne | (příp. jmenovitě vypsát) |
| Kraj            | <input type="radio"/> Ano            | <input checked="" type="radio"/> Ne | (příp. jmenovitě vypsát) |
| Česká republika | <input type="radio"/> Ano            | <input checked="" type="radio"/> Ne |                          |

## Seznam okresů a krajů

Přidat řádek

|   | Název          | Kód  |
|---|----------------|------|
| X | Ústí nad Labem | 0427 |

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 1

Export \*.csv - Seznam č. 1

Přidat řádek

## 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 |
|------|---------------------------|----------|-------|-------|-----------|----------|----------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| X    |                           |          |       |       |           |          |          |          |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 2a

Export \*.csv - Seznam č. 2a

Přidat řádek

## SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – základní soubor výkonů (seznam č. 2a)

| s. 2a | Kód výkonu |   |   |   |   | Název výkonu  | Datum od | Datum do   |
|-------|------------|---|---|---|---|---|----------|------------|
| X     | 0          | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                     | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 1 | 1 | 7 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 1 | 1 | 9 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U Dospělého NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 2 | 3 | 7 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM <sup>2</sup>                                    | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 3 | 2 | VÝKON PROHLÍDKY DISPENZARIZOVANÉ OSOBY  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN                     | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 5 | 0 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)                   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 5 | 1 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE) | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 6 | 7 | ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 6 | 9 | ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 0          | 9 | 5 | 7 | 2 | VÍCEČETNÝ ZÁKROK  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X     | 4          | 4 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |

|   |   |   |   |   |   |  |          |            |
|---|---|---|---|---|---|--|----------|------------|
| X | 4 | 4 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 4 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | HODNOCENÍ EFEKTU SYSTÉMOVÉ LÉČBY CHRONICKÉHO KOŽNÍHO ONEMOCNĚNÍ STANDARDIZOVANOU ŠKÁLOVACÍ METODOU | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 4 | 1 | 1 | 6 | VYŠETŘENÍ RUČNÍM DERMATOSKOPEM   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | CELKOVÁ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | SNESENÍ MNOHOČETNÝCH MOLUSEK   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 4 | 2 | 6 | 1 | APLIKACE DERMATOLOGICKÝCH ZEVNÍCH LÉČIV (LOKALIZOVANÁ DO PLOCHY MENŠÍ NEŽ 25 % KOŽNÍHO POVRCHU)    | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 5 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM DERMATOVENEROLOGEM   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 5 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM DERMATOVENEROLOGEM  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X | 4 | 5 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM DERMATOVENEROLOGEM   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 2b

Export \*.csv - Seznam č. 2b

Přidat řádek

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

| s.2b | Kód výkonu | Název výkonu  | Datum od | Datum do   |
|------|------------|---|----------|------------|
| X    | 0 9 5 5 6  | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 DO 12 LET  | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X    | 0 9 5 5 7  | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET   | 1.1.2026 | 31.12.2029 |
| X    | 0 9 9 9 0  | OŠETŘENÍ OSOB VE VÝKONU ZABEZPEČOVACÍ DETENCE, VE VÝKONU VAZBY NEBO VE VÝKONU TRESTU ODNĚTÍ SVOBODY | 1.1.2026 | 31.12.2029 |

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 3

Export \*.csv - Seznam č. 3

Přidat řádek

**SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 3)**

| s. 3 | Kód ZTV    | Název dle ZP                                       | Souhrnný název pro skupinu | Výrobní číslo | Počet přístr. | Výrobce  | Název od ZZ  | Datum od | Datum do   |
|------|------------|--|----------------------------|---------------|---------------|----------|--|----------|------------|
| X    | 0000000475 | Přístr. pro celotěl. fototerapii optim. UV světlem |                            | 13794-02      | 1             | Waldmann | Přístr. pro celotěl. fototerapii optim. UV světlem | 1.1.2026 | 31.12.2029 |

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 4

Export \*.csv - Seznam č. 4

Přidat řádek

**SEZNAM SPECIÁLNÍHO VYBAVENÍ PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 4)**

| s. 4 | Název vybavení              | Počet kusů | Datum od | Datum do   |
|------|-----------------------------|------------|----------|------------|
| X    | Dermatoskop Heine Delta 20T | 1          | 1.1.2026 | 31.12.2029 |

Import \*.xml;\*.csv - Seznam č. 7

Export \*.csv - Seznam č. 7

Přidat řádek

**SEZNAM SMLUVNÍCH SPECIFICKÝCH POLOŽEK (seznam č. 7)**

| s. 7 | Skupina | Kód | Název | Smluvní cena | Datum od | Datum do |
|------|---------|-----|-------|--------------|----------|----------|
|------|---------|-----|-------|--------------|----------|----------|

**SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ**

JINÉ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM

DALŠÍ UJEDNÁNÍ

Elektronický podpis za Zdravotnické zařízení

Elektronický podpis za Pojišťovnu