

IČO

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 5 | 3 | 4 | 1 | 8 | 8 |
| 8 | 6 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | T | 8 | 6 | N | 0 | 0 | 1 |

Název IČO

Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.


**VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY**

**PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-05 / 7.07.07 / 4\_05  
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Platnost smlouvy ode dne | 1.1.2013   |
| Číslo složky             |            |
| Číslo dodatku            |            |
| Datum uplatnění od       | 1.9.2015   |
| Datum uplatnění do       | 31.12.2017 |

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)

NÁZEV PRACOVISTĚ

ČÍSLO PRIMARIÁTU

VARIABILNÍ SYMBOL

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 6 | 1 | 0 | 1 | 3 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

UROLOGIE - příjmová ambulance

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 3 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|

(jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA(Y) PRACOVISTĚ**

| Město / Obec  | Ulice           | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    |
|---------------|-----------------|---------------|------------|--------|
| Frýdek-Místek | El.Krásnohorské |               | 321        | 738 01 |

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

Smluvní odbornost - hlavní

|   |   |   |
|---|---|---|
| 7 | 0 | 6 |
|---|---|---|

DALŠÍ SMLOUVNÍ ODBORNOSTI

Odbornost

**KVALIFIKACE VEDOUcíHO LÉKAŘE PRACOVISTĚ**

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

**DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUcíHO LÉKAŘE NA PRACOVISTĚ**

Počet dnů v týdnu

|   |
|---|
| 5 |
|---|

Počet hodin v týdnu

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | 4 |
|--|--|--|---|

| SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b) |            |   |   |   |   |  |          |            |
|--|------------|---|---|---|---|--|----------|------------|
| s.2b   | Kód výkonu |   |   |   |   | Název výkonu   | Datum od | Datum do   |
|  | 0          | 9 | 1 | 1 | 1 | ODBĚR KAPILÁRNÍ KRVE   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 1 | 3 | ODBĚR KRVE Z ARTERIE   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 1 | 7 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 1 | 9 | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U Dospělého nebo dítěte nad 10 let  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 2 | 3 | ANALÝZA MOČI CHEMICKY  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 3 | 3 | SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 3 | 5 | UZ VYŠETŘENÍ POUZE JEDNOHO ORGÁNU V NĚKOLIKA ROVINÁCH  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 3 | 7 | UZ VYŠETŘENÍ DVOU ORGÁNŮ V NĚKOLIKA ROVINÁCH   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 1 | 3 | 9 | UZ VYŠETŘENÍ TŘÍ A VÍCE ORGÁNŮ V NĚKOLIKA ROVINÁCH   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 1 | 3 | NEODKLADNÁ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE ZÁKLADNÍ Á 10 MINUT  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D.  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 1 | 7 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 1 | 9 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U Dospělého či dítěte nad 10 let  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 2 | 0 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 2 | 3 | INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U Dospělého nebo dítěte nad 10 let   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 2 | 7 | I. V. APLIKACE KRVE NEBO KREVNÍCH DERIVÁTŮ   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 3 | 3 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 3 | 7 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM2   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 3 | 9 | SUTURA RÁNY A PODKOŽÍ DO 5 CM  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 4 | 1 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY, KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ 10 CM2 - 30 CM2  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 4 | 9 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U MUŽE JEDNORÁZOVÁ  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 2 | 5 | 3 | UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 0 | 9 | OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 2 | 3 | EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 2 | 5 | ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 2 | 7 | PROHLÍDKA ZEMŘELÉHO - MIMO LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN                                      | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 5 | 0 | SIGNÁLNÍ VÝKON - INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)                   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 5 | 1 | SIGNÁLNÍ VÝKON - INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE) | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 0          | 9 | 5 | 6 | 3 | VÝKON ÚSTAVNÍ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 5          | 1 | 8 | 1 | 1 | ABSCES NEBO HEMATOM SUBKUTANNÍ, PILONIDÁLNÍ, INTRAMUSKULÁRNÍ - INCIZE, DRENÁŽ  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 5          | 1 | 8 | 1 | 8 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY, KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ NAD 30 CM^2  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 5          | 1 | 8 | 2 | 5 | SEKUNDÁRNÍ SUTURA RÁNY   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 6          | 1 | 1 | 2 | 3 | EXCIZE KOŽNÍ LÉZE OD 2 DO 10 CM^2, BEZ UZAVŘENÍ VZNIKLÉHO DEFEKTU  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 6          | 2 | 3 | 1 | 0 | NEKREKTOMIE DO 1% POVRCHU TĚLA   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7          | 6 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ UROLOGEM  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7          | 6 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ UROLOGEM   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7          | 6 | 1 | 3 | 3 | KALIBRACE URETRY ŽENY  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7          | 6 | 2 | 1 | 1 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PERMANENTNÍ CÉVKOU  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7          | 6 | 2 | 1 | 3 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PERMANENTNÍ CÉVKOU DLOUHODOBÁ   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |

|  |   |   |   |   |   |   |          |            |
|--|---|---|---|---|---|---|----------|------------|
|  | 7 | 6 | 2 | 1 | 5 | KATETRIZACE URETERU, NEBO EXTRAKCE KONKREMENTU Z MOČOVODU, NEBO DISCIZE STRIKTURY URETERU, NEBO BIOPSIE Z URETERU VČETNĚ KOAGULACE A NEBO ZAVEDENÍ STENTU | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 2 | 1 | 7 | VÝPLACH MĚCHÝŘE, ODSTRANĚNÍ KOAGUL, EV. INSTILACE TERAPEUTIKA DO MĚCHÝŘE (KATETRIZACE NENÍ ZAPOČTENÁ)   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 2 | 2 | 1 | DILATACE STRIKTURY URETRY ŽENY  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 2 | 2 | 3 | DILATACE STRIKTURY URETRY MUŽE  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 2 | 2 | 5 | SUPRAPUBICKÁ PUNKCE MĚCHÝŘE JEHLOU  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 2 | 3 | 3 | ASPIRACE HYDROKELY  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 3 | 1 | 7 | VÝMĚNA EPICYSTOSTOMIE   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 3 | 6 | 5 | PUNKČNÍ EPICYSTOSTOMIE  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 3 | 9 | 7 | INCIZE A DRENÁŽ PERIURETRÁLNÍHO ABSCEU, HEMATOMU  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 4 | 4 | 9 | INCIZE A DRENÁŽ ABSCEU SKROTA, VARLETE A NADVARLETE JEDNOSTRANNÁ  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 4 | 9 | 7 | VÝMĚNA NEFROSTOMIE  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 5 | 1 | 1 | VÝKON FLEXIBILNÍM CYSTOSKOPEM   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 5 | 3 | 1 | CYSTOURETROSKOPIE   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 5 | 5 | 5 | KOAGULACE V MĚCHÝŘI NEBO URETŘE, DISCIZE URETER. ÚSTÍ, SNESENÍ URETEROKÉLY (PŘÍČTI K CYSTOSKOPII)   | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|  | 7 | 6 | 5 | 6 | 5 | BIOPSIE EV. EXTRAKCE Z MĚCHÝŘE - CIZÍ TĚLESO, KONKREMENT, STENT (PŘÍČTI K CYSTOSKOPII)  | 1.9.2015 | 31.12.2017 |

**SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – výkony na operačních sálech (seznam č. 2d)**

| s.2d | Kód výkonu | Název výkonu | Datum od | Datum do |
|------|------------|--------------|----------|----------|
|------|------------|--------------|----------|----------|

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

## **SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ**

### **SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM**

### **DALŠÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ**

Tento formulář účinný od 1.4.2015 nahrazuje formulář účinný od 1.1.2013.

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

ÚČINNOST HLÁŠENÍ

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | . | 0 | 9 | . | 2 | 0 | 1 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Typ CB

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

ČÍSLO PRIMARIÁTU

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 6 | 1 | 0 | 1 | 3 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY (seznam č. 3)**

| s.<br>3 | Kód ZTV | Název dle VZP | Souhrnný název<br>pro skupinu | Evidenční<br>číslo | Počet<br>přístr. | Výrobce | Název od ZZ | Datum od | Datum do |
|---------|---------|---------------|-------------------------------|--------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------|
|---------|---------|---------------|-------------------------------|--------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------|