

IČO

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 8 | 4 | 4 | 8 | 9 | 6 |
| 8 | 7 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | T | 8 | 7 | N | 0 | 0 | 4 |

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO

Nemocnice s poliklinikou Havířov, 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 | 7 | 0 | 0 | 4 | 7 | 2 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Příjmová amb. hematologického oddělení

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

(jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA(Y) PRACOVISTĚ**

| Město / Obec | Ulice    | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    |
|--------------|----------|---------------|------------|--------|
| Havířov      | Dělnická | 1132          | 24         | 736 01 |

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

Smluvní odbornost - hlavní

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

DALŠÍ SMLUVNÍ 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

Počet hodin v týdnu

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

| 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 | 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 | 3 | 3 | SEDIMENTACE ERYTROCYTŮ                                                                                                                                                                 | 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 | 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 | 4 | 9 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U MUŽE JEDNORÁZOVÁ                                                                                                                                        | 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 |
|                                                                            | 2          | 2 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ HEMATOLOGEM                                                                                                                                                           | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|                                                                            | 2          | 2 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ HEMATOLOGEM                                                                                                                                                        | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|                                                                            | 2          | 2 | 1 | 0 | 9 | LÉČEBNÁ VENEPUNKCE - TERAPEUTICKÝ VÝKON U PACIENTŮ S DIAGNÓZOU POLYCYTEMIA RESP. POLYGLOBULIE (ERYTROCYTÓZA) Z DŮVODU SYMPTOMATICKÉ LÉČBY                                              | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|                                                                            | 7          | 6 | 2 | 1 | 1 | KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PERMANENTNÍ CÉVKOU                                                                                                                                        | 1.9.2015 | 31.12.2017 |
|                                                                            | 9          | 9 | 9 | 9 | 1 | (VZP) KÓD POUZE PRO CENTRA DLE VYHL. 368/2006 - SLOUŽÍ PRO VYKÁZÁNÍ ZULP, KTERÝ JE APLIKOVÁN MIMO CENTRUM, NEBO AMBULANTNÍHO ZULP APLIKOVANÉHO V CENTRU (SPOLU S KLINICKÝM VYŠETŘENÍM) | 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 s účinností od 1.1.2015 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 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 0 | 0 | 4 | 7 | 2 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 |
|---------|---------|---------------|-------------------------------|--------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------|
|---------|---------|---------------|-------------------------------|--------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------|