



IČZ:

IČO:

IČP:

**Příloha č.2**  
**smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb**

**Smluvní odbornost pracoviště angiologie**

**Adresa sídla:**

IČP: Název IČP: Ulice: Obec: PSČ: **Lékař zodpovědný za poskytování zdravotních služeb**

Jméno	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>
Titul	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>
IČP	<input type="text"/>
Kvalifikace	<input type="text"/>

Počet dnů poskytování péče v týdnu Počet hodin poskytování péče v týdnu Poměrné kapacitní číslo pracoviště **Seznam pracovníků poskytujících služby na pracovišti**

Jméno, příjmení, titul	Rodné číslo	Kategorie	Kapacita prac.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Počet pracovníků poskytujících služby na pracovišti současně**

Lékaři:	JVŠ:	SZP:	Ostatní:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

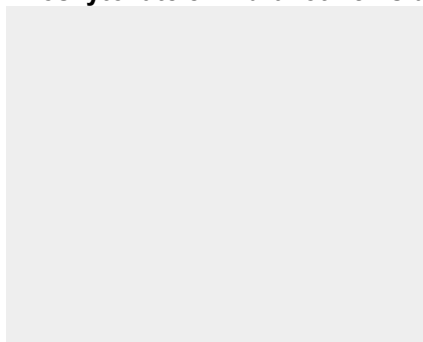
**Rozvrh ordinačních hodin pracoviště**

Den	Místo	Od - do	Od - do

**Poskytovatelem zdravotních služeb garantovaná územní oblast**

Příslušný okres

Další okresy

**PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ,  
které je podmínkou pro vykazování příslušného výkonu**

Název (SPZ)

Počet

Datum výroby

**SMLUVNÍ VÝKONY**

Kód	Název
9111	ODBĚR KAPILÁRNÍ KRVE
9115	ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIO
9117	ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET
9119	ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET
9121	PUNKCE PARENCHYMATICKÉHO ORGÁNU NEBO DUTINY
9123	ANALÝZA MOČI CHEMICKY
9133	SEDIMENTACE ERYTROCYTŮ
9211	NEODKLADNÁ PÉČE POSKYTOVANÁ LÉKAŘEM Á 10 MINUT
9213	NEODKLADNÁ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE ZÁKLADNÍ Á 10 MINUT
9215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
9216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉ
9217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
9219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
9220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
9221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
9223	INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET
9233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
9507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
9509	OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA
9511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
9513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
9523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
9525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
9527	PROHLÍDKA ZEMŘELÉHO - MIMO LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ
9532	VÝKON PROHLÍDKY DISPENZARIZOVANÉ OSOBY
9541	APLIKACE LÉČIVA DO PORTU A PRŮPLACH PORTU
9543	SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATE
9547	(VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON REGULAČNÍ POPLATEK - POJIŠTĚNec OD ÚHRADY POPLATK
9550	INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZ
9551	INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI
9555	OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET
9556	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 LET DO 12 LET
9557	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET
12021	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ ANGIOLOGEM
12022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ ANGIOLOGEM
12023	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ ANGIOLOGEM
12110	FUNKČNÍ TEPENNÉ TESTY
12120	REFLEXNÍ TEPELNÁ VAZODILATACE
12130	VODNÍ CHLADOVÝ POKUS
12140	TRENDELENBURGŮV NEBO PERTHESŮV FUNKČNÍ ŽILNÍ TEST (NA JEDNÉ KONČETINĚ)
12210	KAPILAROSKOPIE
12220	DOPPLEROVSKÉ VYŠETŘENÍ PERIFERNÍCH TEPEN NEBO ŽIL (NA JEDNÉ KONČETINĚ)
12234	ZÁTĚŽOVÁ FARMAKOLOGICKÁ PLETYSMOGRAFIE (A KAPILAROSKOPIE)
12235	PLETYSMOGRAFIE TEPENNÉHO NEBO ŽILNÍHO SYSTÉMU Á 10 MINUT

**Další výkony**

Kód	Název

Podpis a razítko poskytovatele