



zaměstnanecká  
pojišťovna  
škoda

IČZ:

IČO:

IČP:

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

**Smluvní odbornost pracoviště geriatric**

**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**

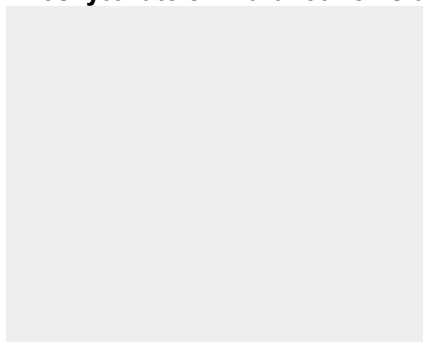
Lékaři:	JVŠ:	SZP:	Ostatní:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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
9219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
9220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
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 - POJIŠTĚNÉ OD ÚHRADY POPLATK
16021	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ GERIATREM
16022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ GERIATREM
16023	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ GERIATREM
16100	CASE MANAGEMENT GERIATRICKÉHO PACIENTA
16101	VYHODNOCENÍ SYNDROMU KŘEHKOSTI (FRAILTY) U GERIATRICKÉHO PACIENTA
16110	TEST AKTIVIT DENNÍHO ŽIVOTA V GERIATRII
16120	TEST MENTÁLNÍCH FUNKCÍ V GERIATRII

**Další výkony**

Kód	Název

Podpis a razítko poskytovatele