



IČZ:

IČO:

IČP:

Příloha č.2
smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb

Smluvní odbornost pracoviště adiktologie

Adresa sídla:

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

Jméno	
Příjmení	
Titul	
Rodné číslo	
IČP	
Kvalifikace	

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.

Počet pracovníků poskytujících služby na pracovišti současně

Lékaři:	JVŠ:	SZP:	Ostatní:

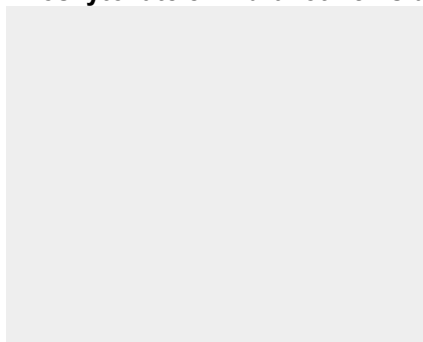
Rozvrh ordinačních hodin pracoviště

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
9555	OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET
9556	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 LET DO 12 LET
9557	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET
38021	VYŠETŘENÍ ADIKTOLOGEM PŘI ZAHÁJENÍ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE
38022	VYŠETŘENÍ ADIKTOLOGEM KONTROLNÍ
38023	MINIMÁLNÍ KONTAKT ADIKTOLOGA S PACIENTEM
38024	ADIKTOLOGICKÁ TERAPIE INDIVIDUÁLNÍ
38025	ADIKTOLOGICKÁ PÉČE RODINNÁ
38026	ADIKTOLOGICKÁ TERAPIE SKUPINOVÁ, TYP I., PRO SKUPINU MAXIMÁLNĚ 9 OSOB

Další výkony

Kód	Název

Podpis a razítko poskytovatele