



IČZ:

IČO:

IČP:

Příloha č.2
smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb

Smluvní odbornost pracoviště dermatovenerologie

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
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
9133	SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ
9215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
9217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
9219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
9233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
9235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
9511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
9513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
9519	KONZÍLIUM SPECIALISTOU - NÁVŠTĚVA SPECIALISTY U PACIENTA
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
27210	KOŽNÍ TEST ALERGENEM INTRADERMÁLNÍ
41040	POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU Z HLEDISKA PROFESIONÁLNÍHO POŠKOZENÍ
44004	KOMPLEXNÍ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ
44005	CÍLENÉ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ
44006	KONTROLNÍ VENEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ
44021	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM
44022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM
44023	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ DERMATOVENEROLOGEM
44111	KOŽNÍ FOTOTEST
44113	KOŽNÍ TEST EPIKUTÁNNÍ
44115	FYZIKÁLNÍ KOŽNÍ TESTY
44117	TESTY KOŽNÍ TOLERANCE A REZISTENCE
44121	TRICHOGRAM
44215	DESTRUKTIVNÍ TERAPIE KOŽNÍCH LÉZÍ LASEREM S VYSOKÝM VÝKONEM
44217	LOKÁLNÍ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM
44223	SKLEROTERAPIE ŽILNÍCH SPOJEK A REZIDUÍ PO OPERACI VARIXŮ
44225	SKLEROTERAPIE METLIČKOVITÝCH A RETIKULÁRNÍCH VARIXŮ NEBO HEMANGIOMŮ
44229	INFILTRACE KOŽNÍCH LÉZÍ (1-5 VPICHŮ)
44233	EXCIZE KŮŽE ROTAČNÍM PRŮBOJNÍKEM - JEDEN VZOREK K BIOPTICKÉMU VYŠETŘEN
44235	CELKOVÁ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
44241	EPILACE A 30 MINUT
44243	ABRAZE NEMOCNÝCH NEHTŮ
44990	(ZPŠ) PROGRAM K ZÁCHYTU NÁDORŮ KŮŽE - NEGATIVNÍ NÁLEZ
44991	(ZPŠ) PROGRAM K ZÁCHYTU NÁDORŮ KŮŽE - POZITIVNÍ NÁLEZ INDIKA
76329	SNESENÍ PERIGENITÁLNÍCH KONDYLOMAT

