IČO		Název IČO	
IČZ smluvního ZZ			
Číslo smlouvy			

PŘÍLOHA č.2 - Vstupní formulář / V-13

SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Platnost smlouvy ode dne	
Číslo složky	
Číslo dodatku	
Datum uplatnění od	
Datum uplatnění do	

Typ B PRACOVIŠTĚ ZDRAVOTNICKÉHO TÝMU - ORDINACE LÉKAŘE NEBO NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA VČETNĚ DOPRAVNÍ SLUŽBY

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVIŠTĚ (IČP)	
PRACOVIŠTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU	☐
ČÍSLO PRIMARIÁTU	
NÁZEV ORDINACE	
VARIABILNÍ SYMBOL	(jen je-li přidělen v SZZ)

ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ ORDINACE					
Město / Obec	**Ulice**	**Č. orientační**	**Č. popisné**	**PSČ**	**Poř.**
					1
					2
					3

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVIŠTĚ	
PRACOVIŠTĚ JE HRAZENO FORMOU KKVP	☐
ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE	
Nepřetržitý provoz	☐

ROZVRH POSKYTOVÁNÍ DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm)					**Pořadí**	**1**
	od	**do**	**od**	**do**	**místo provozování**	
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

ROZVRH POSKYTOVÁNÍ DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm)					Pořadí	2	
	od	**do**	**od**	**do**	**místo provozování**		
Pondělí							
Úterý							
Středa							
Čtvrtek							
Pátek							
Sobota							
Neděle							

ROZVRH POSKYTOVÁNÍ DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm)					Pořadí	3	
	od	**do**	**od**	**do**	**místo provozování**		
Pondělí							
Úterý							
Středa							
Čtvrtek							
Pátek							
Sobota							
Neděle							

VEDOUCÍ PRACOVIŠTĚ

Příjmení, jméno, titul			
Rodné číslo (bez lomítka)			

Kategorie pracovníka	**Typ pracovníka**	**Datum zahájení činnosti**	**Datum ukončení činnosti**	**Kapacita pracovníka/hodiny**

Funkční licence					

KVALIFIKACE VEDOUCÍHO PRACOVIŠTĚ - LÉKAŘE

Rozhodnutí MZ ČR o získání specializované způsobilosti v oboru	
Atestace v oboru	
Funkční licence k výkonu odborných a diagnostických metod	
Jiná speciální odborná způsobilost	

KVALIFIKACE NELÉKAŘE (VNP, JOP nebo NLZP)

Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání	
Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru	
Odborná způsobilost v oboru	
Specializovaná způsobilost v oboru	
Zvláštní odborná způsobilost v oboru	
Jiná speciální odborná způsobilost	

ROZVRH HODIN VEDOUCÍHO PRACOVIŠTĚ (hh:mm)				
	od	**do**	**od**	**do**
Pondělí				
Úterý				
Středa				
Čtvrtek				
Pátek				
Sobota				
Neděle				

DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUCÍHO PRACOVNÍKA NA PRACOVIŠTI

Počet dnů v týdnu

Počet hodin v týdnu (zaokrouhleno na celé hodiny)

DOKLAD O STATUTU LÉKAŘE ŠKOLITELE

Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace v oboru	
Platnost od	
Platnost do	

KAPACITA POSKYTOVANÉ PÉČE

Maximální počet pacientů, kterým může být poskytnuta péče současně

NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA

(pouze domácí péče, fyzioterapie nebo porodní asistentky, popř. PL)

Nasmlouvaný kód dopravy	
Kód	**Název**

SMLUVENÁ ÚZEMNÍ OBLAST PRO NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBU
(údaj v km, příp. vyjmenovat příslušné obce)

ÚZEMNÍ OBLAST PRO POJIŠTĚNCE GARANTOVANÁ ZDRAVOTNICKÝM ZAŘÍZENÍM
(kromě lékařů registrujících pojištěnce)

Příslušný okres ☐ (dle sídla SZZ)

Další okresy ☐ (příp. jmenovitě vypsat)

Kraj ☐ (příp. jmenovitě vypsat)

Česká republika ☐

Další státy ☐ (pouze pracoviště DZS, ZZS)

Seznam okresů a krajů

Kód okresu / kraje	

SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVIŠTI - seznam č. 1 (včetně ved. pracoviště)									
Rodné číslo (bez lomítka)	Příjmení	Jméno	Titul	Kat. prac.	Typ prac.	Datum od	Datum do	Kapa cita	Funkční licence

Pro další položky použijte další list obsahující stejně strukturované údaje									

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ - základní soubor výkonů (seznam č. 2a)			
Kód výkonu	**Název výkonu**	**Datum od**	**Datum do**

Pro další položky použijte další list obsahující stejně strukturované údaje			

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ - další výkony (seznam č. 2b)			
Kód výkonu	**Název výkonu**	**Datum od**	**Datum do**

Pro další položky použijte další list obsahující stejně strukturované údaje			

SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ - seznam č. 3				
Kód ZTV	**Název dle VZP**	**Evidenční číslo**	**Výrobce**	**Datum od**
Počet přístr.	**Určeno pro výkon**	**Výrobní číslo**	**Název od ZZ**	**Datum do**
Pro další položky použijte další list obsahující stejně strukturované údaje				

SEZNAM SPECIÁLNÍHO VYBAVENÍ PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ - seznam č. 4			
Název vybavení	**Počet kusů**	**Datum od**	**Datum do**

SEZNAM SMLUVNÍCH SPECIFICKÝCH POLOŽEK - seznam č. 7					
Skupina	**Kód**	**Název**	**Smluvní cena**	**Datum od**	**Datum do**

NASMLOUVANÉ KÓDY DOPRAVY
(pouze pracoviště DZS, ZZS a pro převozy na pitvu a z pitvy)

Nasmlouvaný kód dopravy		**Smluvní ohodnocení výkonu dopravy**		
Kód	**Název**	**Sazba**	**Počet bodů**	**Paušál**

SEZNAM ZDRAVOTNICKÝCH VOZIDEL DLE KATEGORIE STANDARDNÍHO VYBAVENÍ PRO NASMLOUVANÉ KÓDY DOPRAVY (seznam č. 5)										
Registrační značka (SPZ)	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**Tovární značka**	**Datum zahájení činnosti**	**Datum ukončení činnosti**

SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

JINÉ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM

DALŠÍ UJEDNÁNÍ

. . . . . .
Za poskytovatele zdravotních služeb dne

. . . . . .
Razítko a podpis poskytovatele zdravotních služeb

. . . . . .
Za Vojenskou zdravotní pojišťovnu dne

. . . . . .
Razítko a podpis Vojenské zdravotní pojišťovny