



28504539

Příloha č. 2 ke Smlouvě ZSS č: 28504539

Poskytovatel : Alzheimercentrum Jihlava z.ú.

Adresa: Čábelecká 51/4, 165 00 Praha 6
IČ : 02376822 Specifikace:
IČZ : 76760000-----
Smluvně dohodnutý rozsah druhu zdravotních služeb poskytovaných Poskytovatelem
913 Prac.ošetřovat. a rehabilit.péče v pobyt.zařiz.sociál.služeb~~~~~
Seznam smluvně sjednaného rozsahu poskytování hrazených služeb pro odbornost 913
~~~~~

- 06611 ZAVEDENÍ NEBO UKONČENÍ ODBORNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST SESTRY
- 06613 OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE
- 06621 KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU, EVENT. ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
- 06623 APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I. M., S. C., I. V.
- 06625 PŘÍPRAVA A APLIKACE ORDINOVANÉ INFÚZNÍ TERAPIE ZA ÚČELEM ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, DODÁNÍ LÉČEBNÝCH LÁTEK A ENERGETICKÝCH ZDROJŮ, LÉČBY BOLESTI
- 06627 APLIKACE INHALAČNÍ LÉČEBNÉ TERAPIE, OXYGENOTERAPIE
- 06629 PÉČE O RÁNU
- 06631 KOMPLEX - KLYSMA, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ A ZAVÁDĚNÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ U ŽEN
- 06633 ZAVÁDĚNÍ NASOGASTRICKÉ SONDY
- 06635 KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU, OŠETŘENÍ KOŽNÍCH LÉZÍ PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU
- 06637 NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
- 06639 OŠETŘENÍ STOMIÍ
- 06645 BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY V DOBĚ OD 22:00 DO 06:00 HODIN
- 06649 BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI SESTRY V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU

Rozsah objemu zdravotních služeb může Pojišťovna poptat v návrhu dodatku o způsobu a výši úhrady hrazených služeb pro příslušný kalendářní rok.

V Praze            dne .....

V .....            dne .....

.....  
za Zdravotní pojišťovnu.....  
za Poskytovatele

# OZP

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠTOVEN  
A STAVEBNICTVÍ



28504539

---



28504539

Příloha č. 3 ke Smlouvě ZSS č: 28504539

Poskytovatel : Alzheimercentrum Jihlava z.ú.

Adresa: Čábelecká 51/4, 165 00 Praha 6  
IČ : 02376822 Specifikace:  
IČZ : 76760000

Smluvně sjednané místo poskytování hrazených služeb a sjednané ordinační hodiny

+-----+  
| IČP : 76760001 |  
+-----+

Město : Jihlava 1  
Ulice : Romana Havelky 4899/13  
PSČ : 586 01  
Kraj : Vysočina

+-----+

| SPOJENÍ |

+-----+

Telefon - pevná linka :  
Telefon mobil : 778494016  
Fax :

+-----+  
| Ordinační hodiny na výše uvedeném pracovišti |  
+-----+

|               | Od - Do       | Od - Do | Od - Do |
|---------------|---------------|---------|---------|
| PO            | 00:00 - 24:00 | -       | -       |
| ÚT            | 00:00 - 24:00 | -       | -       |
| ST            | 00:00 - 24:00 | -       | -       |
| ČT            | 00:00 - 24:00 | -       | -       |
| PÁ            | 00:00 - 24:00 | -       | -       |
| SO            | 00:00 - 24:00 | -       | -       |
| NE            | 00:00 - 24:00 | -       | -       |
| Celkem týdně: |               |         | 168:00  |

+-----+  
| Regionální působnost : |  
+-----+

Okres                      Kraj                      ČR  
Ano                        Ne                        Ne



28504539

Příloha č. 3 ke Smlouvě ZSS č: 28504539

Poskytovatel : Alzheimercentrum Jihlava z.ú.

Adresa: Čábelecká 51/4, 165 00 Praha 6  
IČ : 02376822 Specifikace:  
IČZ : 76760000

---

+-----+  
| Dohodnutá korespondenční adresa : |  
+-----+

Město : Jihlava 1  
Ulice : Romana Havelky 4899/13  
PSC : 586 01  
Kraj :

Telefon - pevná linka : 778494016  
Telefon mobil :  
Fax :  
E-mail :  
WWW :

V Praze dne .....

V ..... dne .....

.....  
za Zdravotní pojišťovnu

.....  
za Poskytovatele



28504539

Příloha č. 4 ke Smlouvě ZSS č: 28504539

Poskytovatel : Alzheimercentrum Jihlava z.ú.

Adresa: Čábelecká 51/4, 165 00 Praha 6  
IČ : 02376822 Specifikace:  
IČZ : 76760000

Výčet přístrojů a dalšího technického vybavení pro poskytování  
smluvně dohodnutých hrazených služeb

IČP:76760000

| Specifikace                 | Výr.číslo | Rok výroby | Počet |
|-----------------------------|-----------|------------|-------|
| Typ přístroje : FONENDOSKOP |           |            |       |
| Typ přístroje : GLUKOMETR   |           |            | 1     |
| Typ přístroje : TONOMETR    |           |            | 1     |

U všech přístrojů je nutné pravidelně předkládat potvrzení o metrologických kontrolách, kontrolách zdravotnických prostředků a dalších kontrolách dle příslušných právních předpisů a ČSN. Zdravotní služby poskytnuté s využitím vybavení, které neplní zákonné a další požadavky, nemohou být uhrazeny.

Prohlašuji, že přiložené kopie výše uvedených osvědčení plně odpovídají platnému originálu.

V Praze dne .....

V ..... dne .....

.....  
za Zdravotní pojišťovnu

.....  
za Poskytovatele

# OZP

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠTOVEN  
A STAVEBNICTVÍ



28504539

---



28504539

Příloha č. 5 ke Smlouvě ZSS č: 28504539

Poskytovatel : Alzheimercentrum Jihlava z.ú.

Adresa: Čábelecká 51/4, 165 00 Praha 6  
IČ : 02376822 Specifikace:  
IČZ : 76760000Seznam nositelů výkonů a dalších specialistů oprávněných k poskytování  
smluvně dohodnutých hrazených služeb

| Příjmení | Jméno  | Titul | RČ    | IČP      | Odb. | Úvazek |
|----------|--------|-------|-------|----------|------|--------|
| A*****   | J***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| S*****   | D***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| H*****   | D***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| K*****   | I***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| H*****   | Z***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| Š*****   | V***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| N*****   | Z***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| O*****   | I***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| S*****   | K***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| M*****   | L***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| P*****   | T***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| P*****   | M***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| U*****   | Z***** | Bc.   | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| M*****   | J***** |       | ***** | 76760000 | 913  | 0,50   |
| D*****   | D***** | Bc.   | ***** | 76760000 | 913  | 1,00   |
| T*****   | I***** |       | ***** | 76760001 | 913  |        |
| K*****   | J***** |       | ***** | 76760001 | 913  | 1,00   |
| K*****   | M***** | Bc.   | ***** | 76760001 | 913  | 1,00   |
| S*****   | D***** | Bc.   | ***** | 76760001 | 913  | 1,00   |

Prohlašuji, že přiložené kopie výše uvedených dokladů plně odpovídají  
platnému originálu a že u těch dokladů, u kterých žádám, aby byla převzata  
z dřívější smluvní dokumentace, nedošlo k žádným změnám.

V Praze dne .....

V ..... dne .....

.....  
za Zdravotní pojišťovnu.....  
za Poskytovatele