



24788174

Příloha č. 2 ke Smlouvě ZSS č: 24788174

Poskytovatel : Domov Kunšov s.r.o.

Adresa: Eškova 413, 262 23 Jince
IČ : 01627392 Specifikace:
IČZ : 38507000Smluvně 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 - ČASOVÁ DISPOZICE 10 MINUT
- 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



24788174



24788174

Příloha č. 3 ke Smlouvě ZSS č: 24788174

Poskytovatel : Domov Kunšov s.r.o.

Adresa: Eškova 413, 262 23 Jince
IČ : 01627392 Specifikace:
IČZ : 38507000

Smluvně sjednané místo poskytování hrazených služeb a sjednané ordinační hodiny

+-----+
| IČP : 38507000 |
+-----+

Město : Vodňany
Ulice : Albrechtice 16
PSČ : 389 01
Kraj : Jihočeský

+-----+
| SPOJENÍ |
+-----+

Telefon - pevná linka : 602851771
Telefon mobil :
Fax :

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

	Od - Do	Od - Do	Od - Do
PO	07:00 - 19:00	-	-
ÚT	07:00 - 19:00	-	-
ST	07:00 - 19:00	-	-
ČT	07:00 - 19:00	-	-
PÁ	07:00 - 19:00	-	-
SO	07:00 - 19:00	-	-
NE	07:00 - 19:00	-	-
Celkem týdně:			84:00

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

Okres Kraj ČR
Ano Ne Ne



24788174

Příloha č. 3 ke Smlouvě ZSS č: 24788174

Poskytovatel : Domov Kunšov s.r.o.

Adresa: Eškova 413, 262 23 Jince
IČ : 01627392 Specifikace:
IČZ : 38507000

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

Město : Vodňany
Ulice : Albrechtice u Drahonic-Samota 16
PSČ : 389 01
Kraj :

Telefon - pevná linka : 602851771
Telefon mobil :
Fax :
E-mail :
WWW :

V Praze dne

V dne

.....
za Zdravotní pojišťovnu

.....
za Poskytovatele



24788174

Příloha č. 4 ke Smlouvě ZSS č: 24788174

Poskytovatel : Domov Kunšov s.r.o.

Adresa: Eškova 413, 262 23 Jince
IČ : 01627392 Specifikace:
IČZ : 38507000

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

IČP:38507000

Specifikace	Výr.číslo	Rok Počet výroby
-------------	-----------	---------------------

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



24788174



24788174

Příloha č. 5 ke Smlouvě ZSS č: 24788174

Poskytovatel : Domov Kunšov s.r.o.

Adresa: Eškova 413, 262 23 Jince
IČ : 01627392 Specifikace:
IČZ : 38507000

Seznam nositelů výkonů a dalších specialistů oprávněných k poskytování
smluvně dohodnutých hrazených služeb

Příjmení	Jméno	Titul	RČ	IČP	Odb.	Úvazek
B*****	D*****		*****	38507000	913	0,94
F*****	I*****		*****	38507000	913	1,00
V*****	M*****		*****	38507000	913	0,94
K*****	H*****		*****	38507000	913	0,94
V*****	J*****		*****	38507000	913	0,94

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

OZP

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠTOVEN
A STAVEBNICTVÍ



24788174
