



30443709

Příloha č. 2 ke Smlouvě ZSS    č: 30443709

Poskytovatel : Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře,  
příspěvková organizace

Adresa: Milíře 193, 347 01 Tachov 1

IČ : 48329771      Specifikace:

IČZ : 49604000

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



30443709

---





30443709

Příloha č. 3 ke Smlouvě ZSS č: 30443709

Poskytovatel : Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře,  
příspěvková organizace  
Adresa: Milíře 193, 347 01 Tachov 1  
IČ : 48329771 Specifikace:  
IČZ : 49604000

-----

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

Město : Tachov 1  
Ulice : Milíře 193  
PSČ : 347 01  
Kraj :

Telefon - pevná linka : 374783367,374783314  
Telefon mobil : 606616580  
Fax :  
E-mail :  
WWW :

V Praze dne .....

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

.....  
za Zdravotní pojišťovnu

.....  
za Poskytovatele



30443709

Příloha č. 4 ke Smlouvě ZSS č: 30443709

Poskytovatel : Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře,  
příspěvková organizace  
Adresa: Milíře 193, 347 01 Tachov 1  
IČ : 48329771 Specifikace:  
IČZ : 49604000

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

IČP:49604000

Specifikace	Výr.číslo	Rok výroby	Počet
Typ přístroje : INHALÁTOR MED 2000		2017	1
Typ přístroje : IONIZÁTOR IONIC CARE		2017	2

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



30443709

---



30443709

Příloha č. 5 ke Smlouvě ZSS č: 30443709

Poskytovatel : Domov pro osoby se zdravotním postižením Milíře,  
příspěvková organizace

Adresa: Milíře 193, 347 01 Tachov 1

IČ : 48329771 Specifikace:

IČZ : 49604000

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

Příjmení	Jméno	Titul	RČ	IČP	Odb.	Úvazek
R*****	D*****		*****	49604000	913	0,97
M*****	D*****		*****	49604000	913	0,97
K*****	P*****		*****	49604000	913	0,97
M*****	K*****		*****	49604000	913	1,00
M*****	K*****		*****	49604000	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