

## SMLOUVA O NÁJMU ZAŘÍZENÍ

**Linde Gas a.s.**

se sídlem: U Technoplynu 1324, 198 00 Praha 9,  
IČO: 00011754

zapsána v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 411  
jejímž jménem jedná: Ing. Petr Choulík, CSc., člen představenstva, v plné moci zastoupený  
Ing. Pavlem Bízkiem, vedoucím oddělení Homecare



na straně jedné (dále jen „Pronajímatel“)

a

**Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky**

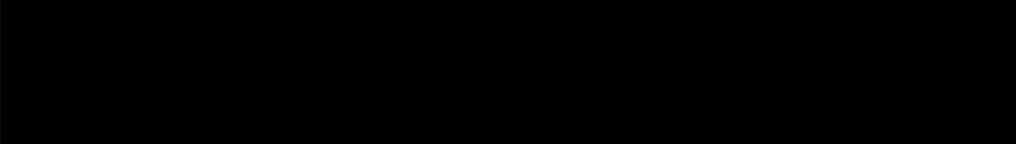
se sídlem: Kodaňská 1441/46, Praha 10, PSČ 101 00  
IČO: 47114304

zapsaná do obchodního rejstříku vedeného u Městského soudu v Praze dne 26. 10. 1992 pod  
spisovou značkou A. 7216

statutární orgán: generální ředitel Ing. Jaromír Gaidáček, Ph.D., MBA



zastoupená: Ing. Miroslavem Pechou, CSc., ředitelem pobočky ZP MV ČR Praha



na straně druhé (dále jen „Nájemce“, nebo „Pojišťovna“)

uzavírají tuto Smlouvu o nájmu zařízení (dále jen „Smlouva“) podle ustanovení § 17 odst. 7  
písm. a) bod 3. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění  
některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zák. č. 48/1997 Sb.“)  
a podle ustanovení § 2201 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

### Čl. I.

#### Definice pojmů

Pro účely této smlouvy se rozumí:

- **Pojištěncem, nebo Vypůjčitelem** – osoba dle zák. č. 48/1997 Sb., registrovaná u Pojišťovny ke dni poskytnutí či zapůjčení zdravotnického prostředku jako její pojištěnec ve veřejném zdravotním pojištění a uvedená ve Smlouvě o vypůjčce,
- **Smluvním lékařem pojišťovny** – lékař, který ke dni vystavení poukazu na příslušný zdravotnický prostředek poskytuje pojištěncům zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění ve svém zdravotnickém zařízení či ve zdravotnickém zařízení s platnou smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb,

- 
- **Zdravotnickými prostředky (ZP)** zdravotnické prostředky dle zák. č. 48/1997 Sb., zák. č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů a dle právních předpisů tyto zákony provádějících,
  - **Zařízením nebo vybranými zdravotnickými prostředky (vybranými ZP)** zdravotnické prostředky typově specifikované v příloze č. 1 této Smlouvy,
  - **Číselníkem SZP ČR – zdravotnické prostředky** aktuální kategorizovaný přehled ZP využívaný Pojišťovnou a poskytovateli zdravotních služeb při realizaci úhrad zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění,
  - **Poukaz** – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku – doklad VZP ČR č. 13/2013

## **Čl. II.**

### **Předmět smlouvy**

1. Pronajímatel se na základě této Smlouvy zavazuje pronajímat Pojišťovně vybrané ZP a pro Pojišťovnu zajišťovat jejich půjčování pojištěncům, a to za podmínek dále stanovených touto Smlouvou.
2. Pojišťovna se zavazuje přijímat vybrané ZP od Pronajímatele do nájmu za účelem jejich půjčování pojištěncům, poskytovat Pronajímateli součinnost k zajištění půjčování vybraných ZP pojištěncům a hradit Pronajímateli nájemné za užívání vybraných ZP, to vše za podmínek dále stanovených touto Smlouvou.

## **Čl. III.**

### **Nájem a výpůjčka zdravotnického prostředku**

1. Nájem jednotlivých vybraných ZP vzniká mezi Pronajímatelem a Pojišťovnou konkludentně, a to v návaznosti na uzavření smlouvy o výpůjčce jednotlivých vybraných ZP mezi Pojišťovnou, zastoupenou Pronajímatelem na straně jedné jako půjčitelem a pojištěncem na straně druhé jako vypůjčitelem dnem fyzického předání těchto vybraných ZP pojištěnci.
2. Pojišťovna podpisem Smlouvy zmocňuje Pronajímatele, aby jejím jménem uzavíral smlouvy o výpůjčce s pojištěnci a jednal s nimi jménem Pojišťovny ve všech věcech se smlouvou o výpůjčce a užívání předmětu výpůjčky souvisejících.
3. Nájemní vztah k jednotlivému zařízení je založen jeho předáním příslušnému pojištěnci Nájemce a zaniká ukončením smlouvy o výpůjčce mezi Pojišťovnou a pojištěncem.
4. Předmětem nájmu, tj. vybranými ZP, jsou zdravotnické prostředky určené pro DUPV, jejichž typová specifikace je uvedena v příloze č. 1 této Smlouvy.

## **Čl. IV.**

### **Práva a povinnosti smluvních stran**

1. Pronajímatel je oprávněn pronajímat Pojišťovně a předávat pojištěncům k výpůjčce pouze vybrané ZP, které jsou typově vymezeny v příloze č. 1 k této Smlouvě, pokud se strany nedohodnou jinak.
2. Pojišťovna je oprávněna užívat vybrané ZP pouze za účelem léčení svých pojištěnců.
3. Pronajímatel je povinen předat Nájemci předmět nájmu ve stavu způsobilém k řádnému užívání ve sjednaném místě předání, tzn., že Pronajímatel je povinen na základě schváleného poukazu revizním lékařem příslušné pobočky předat příslušnému pojištěnci Nájemce k dočasnému užívání předmět nájmu, a to v rámci předmětného léčení. Příslušnou pobočkou Pojišťovny je pobočka dle místa trvalého bydliště pojištěnce.
4. Pronajímatel se zavazuje uzavírat smlouvy o výpůjčce s pojištěnci v zastoupení Pojišťovny

---

dle vzorové smlouvy o výpůjčce, která je pro Pronajímatele po obsahové stránce závazná. Změny ve smlouvách o výpůjčce oproti vzoru této smlouvy je Pronajímatel oprávněn činit jen s předchozím písemným souhlasem Pojišťovny. Vzor smlouvy o výpůjčce, včetně prohlášení pověřené osoby, tvoří přílohu č. 2 této Smlouvy. Uzavírané Smlouvy o výpůjčce bude Pronajímatel číslovat číselnou řadou počínaje číslem jedna. Za pořadovým číslem bude lomítko a rok uzavření smlouvy. Každou uzavřenou smlouvu Pronajímatel zašle společně s první fakturou za nájemné na adresu příslušné pobočky Pojišťovny, jejíž revizní lékař schválil pokuz na předmětu nájmu, tj. vybraného zdravotnického prostředku. Seznam poboček Pojišťovny a kontaktní údaje jsou uvedeny v příloze č. 3 této Smlouvy.

5. Pronajímatel se zavazuje vést evidenci vybraných ZP předaných pojištěncům v souladu s touto Smlouvou a smlouvami o výpůjčce, a to po celou dobu trvání této Smlouvy, s tím, že v této evidenci musí být obsaženy tyto údaje:
  - a) výrobní či evidenční číslo každého vybraného ZP, který je součástí výpůjčky,
  - b) číslo pojištěnce, kterému byl vybraný ZP předán,
  - c) číslo smlouvy o výpůjčce, na jejímž základě byl vybraný ZP pojištěnci předán,
  - d) skupina a kód předaného ZP dle Číselníku SZP ČR – Zdravotnické prostředky,
  - e) identifikace indikujícího poskytovatele zdravotních služeb (zdravotnického zařízení), zejména jeho název, IČO a adresa sídla,
  - f) datum předání vybraného ZP pojištěnci a jeho vrácení,
  - g) počet dnů v každém kalendářním měsíci, ve kterých byl vybraný ZP pojištěncem užíván.
  - h) dobu, na kterou byl pojištěnci ZP předepsán.
6. Pronajímatel se zavazuje instalovat vybrané ZP v místě trvalého bydliště vypůjčitele, nebo na jiném místě po dohodě obou stran, v souladu s podmínkami dále stanovenými touto Smlouvou.
7. Pronajímatel se zavazuje provádět pravidelný technický servis pronajímaného zařízení dle technických podmínek výrobce zařízení a pravidelné doplňování spotřebního materiálu podle varianty přístrojového vybavení.
8. Pronajímatel se zavazuje zřídit operační středisko s nepřetržitou službou tak, aby v případě poruchy zařízení, tato byla na přímou nebo zprostředkovanou výzvu pojištěnce Nájemce odstraněna neprodleně po ohlášení.
9. Pronajímatel se zavazuje poskytnout veškerou potřebnou součinnost Nájemci v případě jeho kontroly služeb poskytovaných dle této Smlouvy.
10. Pronajímatel se zavazuje uzavřít za Nájemce s pojištěncem Nájemce smlouvu o výpůjčce zařízení, jejíž vzor je uveden v příloze č. 2 této Smlouvy. K uzavírání smluv o výpůjčce Nájemce Pronajímatel podpisem Smlouvy výslovně zmocňuje.
11. Pronajímatel se zavazuje zajistit na své náklady pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem či vadou výrobku, a to na všechna zařízení pronajímaná podle této Smlouvy.
12. Pronajímatel se zavazuje poskytnout přiměřenou organizační součinnost indikujícímu pracovišti, pokud se tato bude týkat zajištění medicínské péče o pacienty léčené jeho prostředky.
13. Pronajímatel se zavazuje, že ve spolupráci s indikujícím pracovištěm zajistí odborné proškolení potřebného množství lékařů a ošetřující osoby, kteří budou mít v péči pacienty užívající zařízení. Tato školení budou během platnosti této Smlouvy prováděna opakovaně tak, aby se zajistila maximálně odborná péče o pacienty léčené vybranými ZP. Vybrané ZP

---

pronajímané na základě této Smlouvy zůstávají po dobu platnosti této Smlouvy ve vlastnictví Pronajímatele, tj. Linde Gas a.s.

14. Pronajímatel se zavazuje k převzetí zapůjčeného zařízení zpět od pojišťovny po uplynutí doby zapůjčení, resp. na základě žádosti Pojišťovny. Nájemce není oprávněn bez písemného souhlasu Pronajímatele předmět nájmu podnajívat.
15. Pronajímatel a Nájemce nepostoupí pohledávku z této Smlouvy za druhou smluvní stranou jinému subjektu.

#### **Čl. V. Doba nájmu**

Tato Smlouva se sjednává na dobu do 31. 12. 2014. Doba účinnosti Smlouvy se prodlužuje vždy o další 1 rok, pokud jedna ze smluvních stran neoznámí písemně, nejpozději 3 měsíce před uplynutím doby její účinnosti, druhé smluvní straně svůj úmysl účinnost Smlouvy ukončit.

#### **Čl. VI. Nájemné**

1. Pojišťovna se zavazuje uhradit Pronajímateli nájemné, které se stanovuje dohodou smluvních stran ve výši uvedené v příloze č. 1 této smlouvy.
2. Pronajímatel prohlašuje, že nájemné zahrnuje veškeré jeho náklady související s nájmem a výpůjčkami vybraných ZP a jejich příslušenství dle této Smlouvy. Nájemné se účtuje počínaje dnem předání zařízení příslušnému pojišťovně Nájemce.
3. Nájemné za jednotlivá zařízení bude Pronajímatel Nájemci účtovat a zasílat měsíčně pozadu, vždy do 10. dne měsíce následujícího, a to daňovým dokladem – fakturou. Fakturu v souladu s článkem IV. odst. 4 Pronajímatel předává příslušné pobočce Pojišťovny uvedené v příloze č. 3 této Smlouvy. Splatnost faktury se sjednává na 30 dnů od data doručení. Po dohodě smluvních stran lze zaslat fakturu elektronicky, či ve formě papírových dokladů.
4. Smluvní strany se dohodly na následujících údajích, které každá faktura musí obsahovat:
  - a) označení faktury, její číslo a odvolávka na tuto Smlouvu,
  - b) obchodní jméno (název), sídlo, IČO a DIČ smluvních stran,
  - c) bankovní spojení Pronajímatele (obchodní firmu a sídlo peněžního ústavu, číslo účtu),
  - d) den odeslání faktury a lhůta její splatnosti,
  - e) počet fakturovaných dnů za jednotlivá pronajatá přístrojová zařízení,
  - f) pořadové číslo smlouvy (smluv) o výpůjčce, na základě které (kterých) je fakturováno,
  - g) denní sazbu nájemného za jednotlivá přístrojová zařízení,
  - h) celkovou cenu plnění bez DPH, sazba DPH, výše DPH celkem, celková částka k úhradě, případně další věcné a cenové náležitosti,
  - i) potvrzení oprávněné osoby za Pronajímatele o správnosti údajů uvedených na faktuře.
5. Pojišťovna je oprávněna před uplynutím doby splatnosti vrátit bez zaplacení fakturu Pronajímateli, neobsahuje-li stanovené náležitosti nebo není-li vystavena v souladu příslušnými ustanoveními této Smlouvy. Důvod vrácení je Pojišťovna povinna na faktuře vyznačit.

6. Pronajímatel je povinen vrácenou fakturu opravit, či vystavit novou fakturu nebo dobropis. Oprávněným vrácením faktury přestává běžet původní lhůta splatnosti. Celá lhůta běží znovu ode dne doručení opravené nebo nově vyhotovené faktury Pojišťovně.
7. Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování pochybení dodatečně a Pronajímatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy částku neuhradí, nedoloží její oprávněnost, nebo se smluvní strany nedohodnou jinak, je Pojišťovna oprávněna jednostranným započtením částky snížit Pronajímateli úhradu v následujícím období.
8. Pronajímatel nemá nárok na úhradu nájemného dle odst. 1 tohoto článku Smlouvy od Pojišťovny v případě, že:
  - a) pojištěnec není a nebyl při uzavření smlouvy o výpůjčce pojištěncem Pojišťovny,
  - b) Pronajímatel předal vybraný ZP v rozporu s touto Smlouvou,
  - c) pojištěnec přestal být po uzavření smlouvy o výpůjčce pojištěncem Pojišťovny,
  - d) došlo k zániku Pronajímatele, nebo ode dne úmrtí pojištěnce.
9. Po dobu hospitalizace pacienta a nahlášení hospitalizace před koncem fakturačního období Pronajímateli, nebude nájemné Nájemci fakturováno. V případě pozdního nahlášení hospitalizace bude fakturovaná částka za období hospitalizace Pronajímatelem dobropisována. Případné započtení takové pohledávky provede Nájemce po předchozím projednání s Pronajímatelem.
10. Závazek k úhradě je splněn dnem, kdy byla částka poukázána z účtu povinného na účet oprávněného. Na vyžádání smluvní strana sdělí, případně doloží druhé smluvní straně termín, kdy byla částka poukázána.
11. Při prodlení se splněním peněžitého závazku nebo jeho části má Pronajímatel právo požadovat z nezaplacené částky úroky z prodlení ve výši určené předpisy práva občanského.

## **Čl. VII.**

### **Odstoupení od smlouvy**

1. Dílčí nájemní smlouvy ohledně jednotlivých vybraných ZP jsou uzavírány na dobu určitou, a to na dobu účinnosti smlouvy o výpůjčce týkající se daného předmětu nájmu.
2. Nájemce je oprávněn odstoupit od Smlouvy, jestliže se předmět nájmu stane bez zavinění Nájemce dále neupotřebitelný nebo nezpůsobilý k smluvenému užívání.
3. Pronajímatel je oprávněn od této Smlouvy odstoupit, užívá-li pacient přes písemnou výstrahu předmět nájmu nebo trpí-li užívání předmětu nájmu takovým způsobem, že Pronajímateli vzniká škoda nebo že mu hrozí značná škoda. Pronajímatel je oprávněn od Smlouvy odstoupit, je-li Nájemce, ač upomenut, v prodlení s úhradou nájemného o více než tři měsíce.
4. Dílčí nájemní smlouva pozbývá účinnosti také okamžikem ukončení této Smlouvy.
5. Účinky odstoupení od Smlouvy nastávají dnem následujícím po dni doručení písemného oznámení o odstoupení druhé smluvní straně.

## **Čl. VIII.**

### **Výpověď smlouvy**

1. Před uplynutím doby, na kterou je tato Smlouva sjednána, lze Smlouvu vypovědět jen v následující případech:
2. Pronajímatel je oprávněn dát Nájemci výpověď, pokud Nájemce užívá předmět nájmu v rozporu s touto Smlouvou nebo v rozporu s jeho

- a) účelem použití nebo,
  - b) dá-li Nájemce předmět nájmu do podnájmu bez předchozího písemného souhlasu Pronajímatele nebo předmět nájmu přemístí na jiné místo bez předchozího písemného souhlasu Pronajímatele,
  - c) nebo stanoví-li tak zákon.
3. Nájemce je oprávněn vypovědět Smlouvu v případě, že bylo v insolvenčním řízení rozhodnuto o úpadku Pronajímatele nebo byl insolvenční návrh zamítnut pro nedostatek majetku.
  4. Pronajímatel a Nájemce jsou oprávněni vypovědět tuto Smlouvu v případě opakovaného porušení povinností, upravených touto Smlouvou, druhou smluvní stranou.
  5. Výpovědní lhůta činí jeden měsíc a počíná běžet dnem následujícím po doručení písemné výpovědi druhé straně.

#### **Čl. IX. Platnost smlouvy**

Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami.

#### **Čl. X. Závěrečná ustanovení**

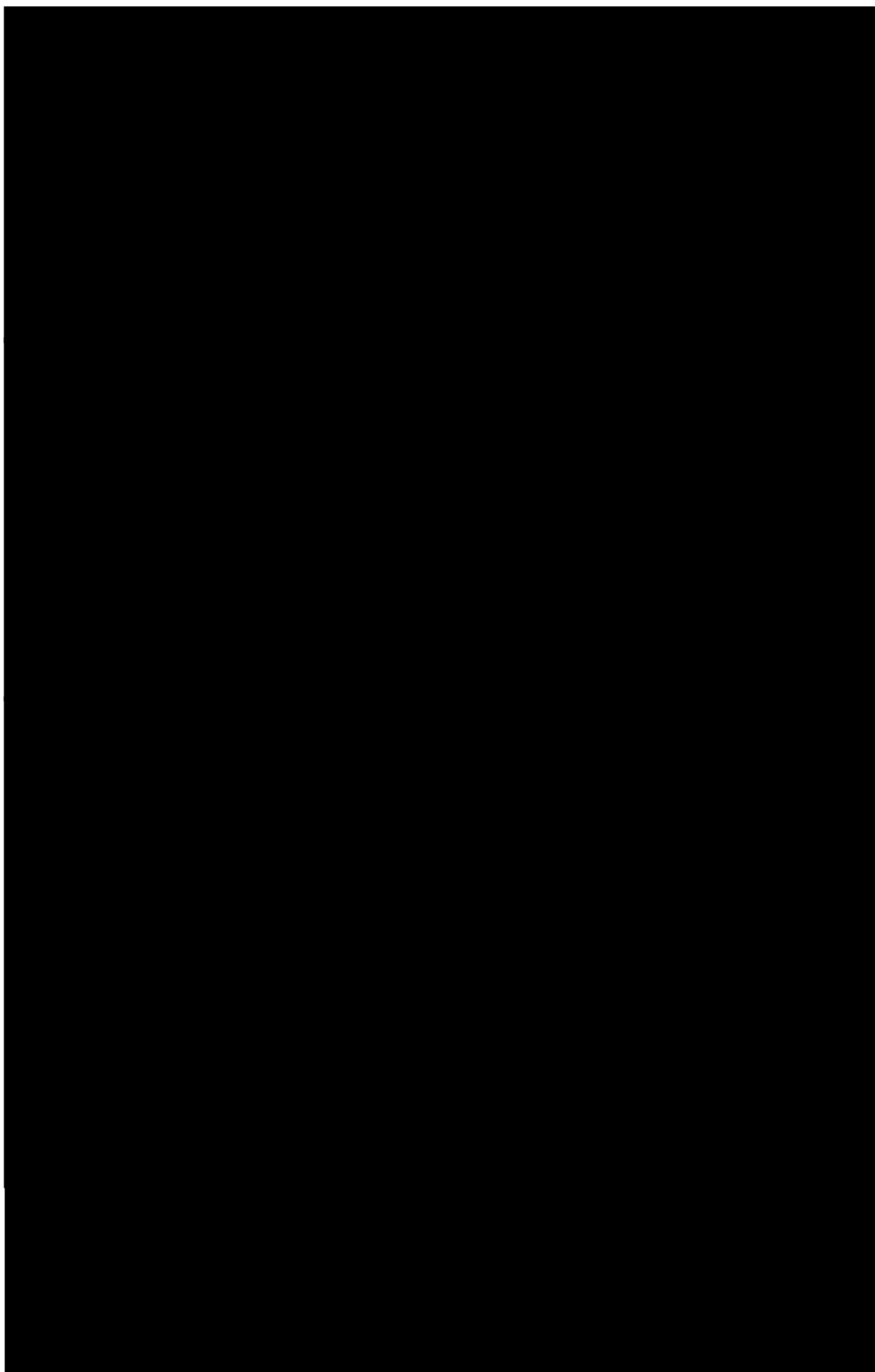
1. Tuto Smlouvu lze měnit či doplňovat pouze na základě písemných dodatků podepsaných oběma smluvními stranami. Jiné formy změn nejsou platné.
2. Tato Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení.
3. Nedílnou součástí této smlouvy je:
  - a) příloha č. 1 – specifikace a cena přístrojového vybavení,
  - b) příloha č. 2 – vzor smlouvy o výpůjčce včetně Prohlášení pověřené osoby,
  - c) příloha č. 3 – Seznam poboček Pojišťovny.
4. Smluvní strany prohlašují, že tuto Smlouvu uzavírají svobodně a vážně, nikoli v tísní a za nápadně nevýhodných podmínek. Na důkaz této skutečnosti připojují své podpisy.

V Praze dne 17. 10. 14

V Praze dne 1 - 07 - 2014

**Specifikace a cena přístrojového vybavení**

Přístrojové vybavení je možno dodat ve dvou variantách dle zdravotního stavu pacienta.



## Smlouva o výpůjčce č. 211/XX/2014

### Linde Gas a.s.

Se sídlem v Praze 9, U Technoplynu 1324, PSČ 198 00

IČ: 00011754

DIČ: CZ00011754

Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze odd. B, vložka 411  
zastoupená: Ing. Petrem Choulíkem CSc., generálním ředitelem, v plné moci zastoupeném  
Ing. Pavlem Bízkem, vedoucím oddělení Homecare

(dále jen „Půjčitel“)

a

**Jméno a příjmení:** ..... r.č.: .....

**Trvalé bydliště:** ..... tel.č.: .....

### **zastoupený ve věci smlouvy zákonným zástupcem:**

**Jméno a příjmení** ..... r.č.: .....

**Trvalé bydliště:** ..... tel.č.: .....

(dále jen „Vypůjčitel“)

uzavírají podle § 2193 a násl. občanského zákoníku tuto smlouvu o výpůjčce:

### I.

Předmětem této smlouvy je poskytnutí movité věci, předmětu výpůjčky, Půjčitelem k bezplatnému užívání Vypůjčiteli a vznik práva vypůjčitele věc bezplatně užívat v souladu s podmínkami ve smlouvě dále uvedenými.

### II.

Předmětem výpůjčky je přístrojové vybavení včetně spotřebního materiálu, sloužící k zajištění péče o pacienta na domácí umělé plicní ventilaci (DUPV). Předmět výpůjčky je specifikován v předávacím protokolu, který tvoří nedílnou součást této Smlouvy a je podepsán oběma smluvními stranami.

Půjčitel předává Vypůjčiteli předmět výpůjčky ve stavu způsobilém k řádnému užívání při podpisu této smlouvy, což potvrzuje Vypůjčitel podpisem této smlouvy.

### III.

Půjčitel a Vypůjčitel se dohodli, že pro případ, že by Vypůjčitel nemohl již dále přístrojové vybavení z jakýchkoli důvodů používat a nemohl by jej Půjčiteli sám vrátit, splní tuto povinnost vůči Půjčiteli pověřená osoba, která převzala tento závazek formou samostatného prohlášení dle Přílohy č. 1 této smlouvy.



---

**V případě hospitalizace Vypůjčitele podá Vypůjčitel nebo pověřená osoba Půjčiteli zprávu o počátku a poté i o ukončení hospitalizace nejpozději do tří dnů buď písemně „doporučeně“ na adresu:**

**Linde Gas a.s.,  
Oddělení Homecare  
U Technoplynu 1324  
198 00 Praha 9**

[REDACTED]

Vypůjčitel se dále zavazuje předmět smlouvy řádně užívat v souladu s účelem, ke kterému je určen. Je povinen chránit jej před poškozením, ztrátou nebo zničením. Vypůjčitel není povinen nahradit Půjčiteli škodu na vypůjčené věci, která vznikla běžným opotřebením věci a které nemohl dostupnými prostředky zabránit. Jeho odpovědnost za škodu je dána obecně závaznými právními předpisy.

**IV.**

Půjčitel se zavazuje dodat k předmětu výpůjčky návod v českém jazyce, prohlášení o shodě a protokol o proškolení obsluhy v listinné podobě. Půjčitel se zavazuje po celou dobu trvání výpůjčky zdarma zajišťovat servis a opravy na předmětu výpůjčky.

**V.**

Právní vztahy touto smlouvou výslovně neupravené se řídí § 2193 a násl. občanského zákoníku.

Tuto smlouvu lze měnit pouze číslovanými dodatky podepsanými oprávněnými zástupci obou smluvních stran.

**VI.**

Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami. Vyhotovuje se ve dvou stejnopisech, po jednom pro každou smluvní stranu.

V Praze dne ..... 2014

V.....dne.....2014

Půjčitel:

Vypůjčitel:

.....

.....

---

---

**Příloha č. 2 ke Smlouvě o nájmu zařízení**

**(Příloha č. 1 ke Smlouvě o výpůjčce číslo: 211/XX/2014)**

## **PROHLÁŠENÍ POVĚŘENÉ OSOBY**

Prohlašuji, že přejímám závazek ke společnosti Linde Gas a.s. se sídlem Praha 9, U Technoplynu 1324, PSČ 198 00, IČO: 00011754 (dále jen Společnost), že jí neprodleně vrátím přístrojové vybavení

které na základě Smlouvy o výpůjčce č.: 211/XX/2014

používá Vypůjčitel

pan/paní:

datum narození:

v případě, že Vypůjčitel by nemohl již dále přístrojové vybavení používat z jakýchkoli důvodů a nemohl by jej Společnosti sám vrátit.

**O výše uvedených skutečnostech se zavazuji Společnost informovat do tří dnů buď písemně na adresu:**

**Linde Gas a.s.,  
Oddělení Homecare  
U Technoplynu 1324  
198 00 Praha 9**



Pan/paní:

bytem:

číslo OP:

datum narození:

-----  
podpis pověřené osoby

Dne:

---

**Seznam poboček pojišťovny**

**Pobočka Praha**

Kodaňská 1441/46  
101 00 Praha 10  
tel.: 233 002 111, 233 374 606, fax: 233 380 332  
praha@zpmvcr.cz

**Pobočka České Budějovice a Plzeň**

Čécova 26, pošt.přihr. 14  
370 04 České Budějovice  
tel.: 387 782 111, fax: 387 331 212, GSM brána: 724 259 690  
c.budejovice@zpmvcr.cz

Hruškova 8  
320 65 Plzeň  
tel.: 377 423 723, 377 421 760, fax: 377 378 800  
plzen@zpmvcr.cz

**Pobočka Ústí nad Labem a Hradec Králové**

Štefánikova 992/16  
400 01 Ústí nad Labem  
tel.: 475 655 111, fax: 974 421 623  
usti@zpmvcr.cz

Wonkova 1225  
500 01 Hradec Králové  
tel.: 495 737 311, fax: 495 217 297  
h.kralove@zpmvcr.cz

**Pobočka Brno**

Cejl 5,  
P.O.BOX 216  
658 16 Brno  
tel.: 545 543 111, fax: 545 543 237  
brno@zpmvcr.cz

**Pobočka Olomouc a Ostrava**

Jeremenkova 42A  
772 11 Olomouc  
tel.: 585 238 411, 585 228 469, fax: 585 228 468  
olomouc@zpmvcr.cz

Hlávkova 2  
702 88 Ostrava - Přívoz  
tel.: 596 206 111, fax: 596 206 555  
ostrava@zpmvcr.cz



ZDRAVOTNÍ  
POJIŠTOVNA  
MINISTERSTVA  
VNITRA ČR

211

THE LINDE GROUP

Linde

## ŽÁDOST PZS (ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ) O REALIZACI DUPV

### Navrhovatel DUPV:

Název a adresa ZZ: .....

IČO: ..... IČZ: .....

Statutární zástupce:

---

### Poskytovatel DUPV:

Název a adresa ZZ: .....

IČO: ..... IČZ: .....

Statutární zástupce:

---

### Pacient:

Jméno a příjmení: .....

Rodné příjmení: ..... Rodné číslo: .....

Trvalé bydliště: .....

PSČ: .....

Pacient je pojištěncem pojišťovny: .....

Adresa místa, kde bude DUPV poskytována : .....

---

Základní diagnóza :

číselně (dle MNK 10 )

slovy:

.....

.....

Další diagnózy:

číselně (dle MNK 10 )

slovy:

1).....

.....

- 2).....  
3).....  
4).....  
5).....

### **1. Vyjádření návrhatele k indikovanosti pacienta k DUPV**

DUPV je indikována:                      ano                      ne

Datum:                                      Podpis zástupce navrhujícího PZS (primáře odd.), razítko

Telefon:                                      email:

### **2. Vyjádření příbuzných odborností k indikovanosti pacienta k DUPV**

*(- zajistí návrhatele)*

(interna + ARO nebo pediatrie + ARO, podle charakteru základní diagnózy případně i dalších odborníků)

DUPV je indikována:                      ano                      ne

Odbornost: ARO                                      Podpis, razítko

Odbornost: .....                                      Podpis, razítko

Odbornost: .....                                      Podpis, razítko

### **3. Vyjádření ke způsobilosti poskytování ošetrovatelské péče ošetrující osobou**

Jméno osoby zodpovědné za laické ošetrování pacienta:.....

RČ: .....

Kontaktní informace:

Adresa:.....

Telefon: .....

Ošetrující osoba absolvovala rooming – in, je zaškolená a zvládá ošetrovatelskou péči a ovládání potřebných přístrojů.

Jméno a podpis zodpovědné ošetrující osoby

Jméno a podpis školitele, razítko

### **4. Psychologické vyšetření**

všech osob žijících ve společné domácnosti s nemocným a psychologické vyšetření nemocného (*psychologické vyšetření zajistí návrhatele*).

Na základě výsledků psychologického vyšetření všech osob žijících ve společné domácnosti rodina je schopna přijmout pacienta do domácího ošetrování.

ano                      ne

---

Datum:

Podpis odpovědné osoby za navrhovatele, razítko

### **5. Právní zajištění DUPV**

Navrhovatel, poskytovatel DUPV, pacient a osoba zajišťující realizaci DUPV si jsou vědomi všech rizik a omezení, které poskytování DUPV přináší. Za poučení poskytovatele DUPV, pacienta a osoby zajišťující realizaci DUPV je odpovědný navrhovatel.

a) Potvrzuji, že jsem byl informován/a o DUPV v dostatečném rozsahu

Datum seznámení:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce :

Svědci:

Jméno a příjmení:

Podpis:

Jméno a příjmení:

Podpis:

b) Potvrzuji, že jsem byl informován/a o DUPV v dostatečném rozsahu

Datum seznámení:

Podpis osoby zajišťující laickou ošetrovatelskou péči :

c) Potvrzení statutárních zástupců navrhovatele a poskytovatele DUPV

Podpis statutárního zástupce  
navrhovatele DUPV

Podpis statutárního zástupce  
poskytovatele DUPV

Razítko

Razítko

### **6. Sociální statut rodiny**

Sociální šetření by mělo být provedeno po vyjádření navrhovatele k indikovanosti pacienta k DUPV a vyjádření předběžného souhlasu budoucí ošetřující osoby, aby se v případě sociálně nevhodného prostředí nečinily další nadbytečné kroky.

**Závěr šetření provedeného sociálním pracovníkem pověřené obce:**

Adresa obecního úřadu, kontaktní osoba:

Situace rodiny:

- sociální

vyhovující

nevyhovující

- ekonomická                      vyhovující                      nevyhovující  
- technická                      vyhovující                      nevyhovující

Situace rodiny je vyhovující pro poskytování DUPV:                      ano                      ne

Datum:                      Podpis, razítko

Rodina je seznámena s možnostmi sociálních dávek:                      ano                      ne

Datum:                      Podpis, razítko

**7. Ošetrovatelský a léčebný plán** vypracovaný propouštějícím PZS a garantovaný poskytovatelem včetně termínů aktualizace.

(vypracovaný návrhovatelem a garantovaný poskytovatelem DUPV)

Poskytovatel DUPV souhlasí s předloženým ošetrovatelským a léčebným plánem:

Datum seznámení s ošetrovatelským a léčebným plánem:

Jméno a příjmení oprávněné osoby poskytovatele DUPV:

Podpis, razítko

## **8. Systém zajištění zdravotní péče**

Poskytovatel (garant) ošetrovatelské péče musí mít smluvně upraveny vztahy s kooperujícími PZS, pokud není schopen naplnit ošetrovatelský a léčebný plán vlastními silami. (Předpokládá se, že se na péči o pacienta budou podílet kromě ošetrojící laické osoby - člena rodiny - další dále uvedení poskytovatelé péče, kteří musí být proškoleni v problémech spojených s DUPV).

Předpokládání smluvní partneri poskytovatele:

a) Ošetroující lékař:  
Jméno: ..... RČ: .....  
IČO: ..... IČZ: .....  
Adresa pracoviště: .....  
Souhlas ošetrojícího lékaře s péčí o tohoto pacienta:                      ano                      ne

b) Zdravotní sestra:

---

Jméno: .....

Adresa pracoviště: .....

Souhlas zdravotní sestry s péčí o tohoto pacienta:                    ano            ne

c) Domácí péče :

Název, sídlo a adresa pracoviště: .....

IČO: ..... IČZ: .....

d) PZS s oddělením ARO, které se bude na péči o pacienta podílet (*může být totožné s poskytovatelem - garantem* ).

Název a adresa: .....

IČO: ..... IČZ: .....

e) Doprava pro případ převozu pacienta je zajištěna:                    ano            ne

f) Technické vybavení a servis je zajištěn :                    ano            ne

Podpis poskytovatele, razítko

**9. Úhrada pojišťovnou**

a) Pojišťovna uhradí zdravotní péči v daném rozsahu (přístrojové vybavení, spotřební materiál, atd.) dle platného sazebníku Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

b) Další péče (např. ošetrovatelská) musí být hrazena individuálně.

Jméno a podpis revizního lékaře  
zdravotní pojišťovny, razítko



## PLNÁ MOC

Společnost Linde Gas a.s. se sídlem Praha 9, U Technoplynu 1324, PSČ 198 00, IČO 00011754, zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze oddíl B, vložka 411, zastoupená dvěma prokuristy Ing. Petrem Partschem a Ing. Ivanem Doubravou

## zmocňuje

pana Ing. Pavla Bízka, [redacted] k jednání za společnost při uzavírání smluv s příslušnými zdravotními pojišťovnami a zdravotními zařízeními ve věcech „ domácí kyslíkové léčby“, „ spánkové léčby“ a „ domácí ventilace“, včetně jejich podepisování.

Plná moc je platná do 31.12.2014.

Praha 18.4.2014

Linde Gas a.s.	IČ: 00011754	[redacted]
U Technoplynu 1324	DiČ: CZ00011754	[redacted]
198 00 Praha 9		[redacted]

Společnost je zapsaná u Městského soudu v Praze v Obchodním rejstříku oddíl B, vložka 411. Společnost je certifikovaná dle ISO 9001, ISO 14001 a je držitelem osvědčení Responsible Care.

**ZP MVČR**  
**pobočka pro Prahu a Středočeský kraj**

Kodaňská 1441/46  
100 10 Praha 10

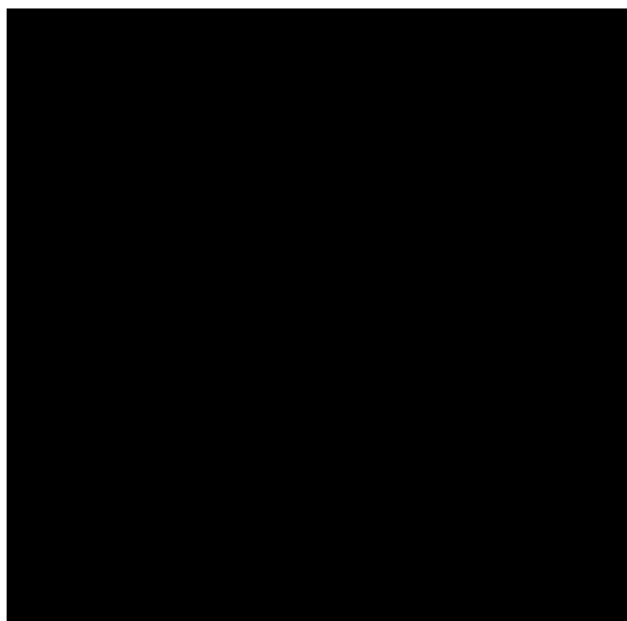
V Praze dne 14.8. 2014

Vážený pane doktore,

v příloze Vám posílám podepsané jedno paré smlouvy o nájmu zařízení pro DUPV včetně mé plné moci pro podpis této smlouvy.

Těším se na naši další dobrou spolupráci a zůstávám

S přátelským pozdravem



## Metodika k formuláři „Žádost PZS (zdravotnického zařízení) o realizaci DUPV“

Žádost předkládá navrhovatel, v jehož zdravotnickém zařízení je pacient navržený k DUPV hospitalizován, a to po zvážení všech okolností, které umožňují DUPV realizovat. Navrhovatel garantuje, že žádost je úplná a že jsou splněny všechny podmínky pro realizaci DUPV, a že v případě zhoršení zdravotního stavu pacienta zajistí jeho hospitalizaci a další potřebnou péči. Navrhovatel může být současně i poskytovatelem DUPV. Poskytovatelem DUPV je poskytovatel zdravotních služeb, který spolupracuje s registrujícím praktickým lékařem, rodinou a dalšími subjekty při zajištění realizace DUPV. V případě domluvy s navrhovatelem může poskytovatel DUPV zajistit hospitalizaci a další potřebnou péči.

Žádost se předkládá:

- 1) Originál žádosti - zdravotní pojišťovně pacienta
- 2) Kopie žádosti - společnosti Linde Gas a.s., která zajistí přístrojové vybavení pro DUPV

Adresa k zaslání kopie žádosti:

Linde Gas a.s.  
Oddělení Home Care  
U Technoplynu 1324  
198 00 Praha 9

Formulář je přehledným soupisem všech podmínek, které musí být splněny, aby mohlo být zajištění DUPV pro pacienta realizováno.

Protože se jedná pouze o „přehledný seznam“, budou jednotlivé body ve formuláři vyplňovány pouze odpověďmi „ano - ne“. Podrobná vyjádření (zprávy) budou přílohami tohoto formuláře.

### Poznámky k jednotlivým bodům:

#### **ad bod 1.**

Přílohou žádosti je lékařská zpráva zaměřená na zdravotní charakteristiku pacienta a vhodnost DUPV.

#### **ad bod 2.**

Předpokládáme, že další odborností, která by se mohla k indikovanosti pacienta k DUPV vyjádřit, je neurologie.

#### **ad bod 3.**

Zaškolení realizuje navrhovatel ve spolupráci s Linde Gas a.s. a proškoleny by mělo být více členů rodiny. Odpovědnost za poskytování laické ošetrovatelské péče však musí nést pouze jedna osoba, která je uvedena v žádosti.

#### **ad bod 4.**

Psychologické vyšetření zajistí navrhovatel.

Základní splněná psychologická podmínka k DUPV ze strany **pacienta** je jeho motivace a schopnost sladit jeho osobnost s členy domácnosti, ve které o něj bude pečováno.

Základní splněná podmínka vyšetřovaných **členů domácnosti** pacienta je vyloučení hrubé osobnostní patologie. Dále je třeba posoudit motivaci pečujících členů rodiny (může se jednat o rozhodnutí na řadu let), posoudit specifické schopnosti pečujících ve smyslu koncentrace pozornosti, reakčního času, schopnosti analýzy a syntézy v situaci, IQ by mělo odpovídat minimálně pásmu průměru (IQ nemusí být vyšetřováno u osob s dosaženým VŠ vzděláním) apod.

---

Volba metod psychologické diagnostiky: projektivní techniky, testy speciálních schopností, dotazníkové metody k detekci hrubé osobnostní patologie, výkonové testy (pouze u osob se SŠ a nižším vzděláním).

**ad. bod 5.**

V případě, že má plnoletý pacient stanoveného zákonného zástupce, je nutné doložit potvrzení o jeho ustanovení.

V případě, že nemá plnoletý pacient stanoveného zákonného zástupce a jeho zdravotní stav neumožňuje, aby se podepsal na žádost, potom musí být jeho souhlas potvrzen dvěma svědky, kteří potvrdí jeho souhlas s DUPV.

**ad. bod 6.**

Sociální šetření je provedeno na základě žádosti navrhovatele příslušným obecním úřadem. Cílem sociálního šetření je:

- a) popis aktuálního stavu domácnosti pacienta se zohledněním možností poskytovat v ní DUPV,
- b) seznámení pacienta a jeho rodiny s možnostmi sociálních dávek a výpomoci, včetně pomoci při případné realizaci bezbariérových úprav apod.,
- c) informování obecního úřadu a sociálního odboru o realizaci DUPV, za účelem aktivní pomoci rodině při její realizaci.

**ad bod 7.**

Ošetřovatelský a léčebný plán musí být zpracován tak, aby ho bylo možné realizovat v domácím prostředí za spolupráce laické osoby, registrujícího praktického lékaře a agentury domácí péče, popřípadě navrhovatele nebo poskytovatele DUPV. Součástí tohoto plánu je i návrh řešení naléhavých situací.

Pro zpracování je přiložen vzor - příloha č. 1

- Seznam nezbytných výkonů je zpracován dle aktuální potřeby pacienta. Jeho zpracování je podmínkou vyslovení souhlasu zdravotní pojišťovny s realizací a především úhradou DUPV. Pro zpracování je přiložen vzor - příloha č. 2,
- Seznam ZUM a ZUL je zpracován dle aktuální potřeby pacienta. Jeho zpracování je podmínkou vyslovení souhlasu zdravotní pojišťovny s realizací a především úhradou DUPV. Pro zpracování je přiložen vzor - příloha č. 3 a 4,
- V rámci schválené žádosti je pacientovi automaticky předán plicní ventilátor a jedenkrát za tři měsíce obdrží pacient spotřební materiál související s realizací umělé plicní ventilace – ventilační okruhy, filtry, spojky, otočná kolínka apod. Tento materiál, není nutné uvádět do seznamu ZUM. Po odsouhlasení žádosti kontaktuje navrhovatel zástupce Linde Gas a.s. za účelem specifikace tohoto vybavení,
- Po odsouhlasení žádosti, vystaví navrhovatel pacientovi poukazy na zdravotnické pomůcky na přístroje, které byly v rámci podané žádosti schváleny zdravotní pojišťovnou. Schválení a realizace se řídí metodickými pokyny zdravotní pojišťovny,
- Pokud dojde ke změně zdravotního stavu a jiných podmínek během realizace DUPV a tím i požadavků na prováděné výkony, ZUM a ZUL a přístrojové vybavení, musí být nově zpracovaný návrh předložen ke schválení příslušné zdravotní pojišťovně. Aktualizaci může realizovat navrhovatel nebo poskytovatel DUPV.

**ad bod 8.**

Předpokládá se, že se na péči o pacienta budou podílet kromě ošetřující laické osoby (člena rodiny) i další uvedení poskytovatelé zdravotních služeb, kteří musí být proškoleni v problémech spojených s DUPV.

**ad a)** Za ošetřujícího lékaře je považován lékař, u kterého je pacient registrován (praktický lékař, lékař pro děti a dorost).

---

**ad b)** V případě, že se všeobecná nebo dětská sestra, nebude na péči o pacienta podílet, potom nemusí být v žádosti uvedena.

**ad c)** Doporučujeme domácí péči u pacientů zařazených do DUPV realizovat ve všech věkových kategoriích, nicméně pokud navrhovatel ve spolupráci s rodinou tuto péči nechce realizovat, potom nemusí být v žádosti uvedena. Tato skutečnost však musí být zdůvodněna v lékařské zprávě.

**ad d)** Poskytovatel zdravotních služeb se zajištěnou péčí ARO může být totožný s poskytovatelem DUPV nebo navrhovatelem.

**ad e)** Poskytovatel zdravotnické dopravní služby a zdravotnické záchranné služby musí být předem informován poskytovatelem zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení je pacient navržený k DUPV hospitalizován, o umístění pacienta s DUPV do domácího prostředí vzhledem ke specifickým podmínkám pro převoz pacienta s ventilátorem pro případ plánovaného kontrolního vyšetření nebo k hospitalizaci v případě zhoršení stavu.

**ad f)** Navrhovatel potvrdí, že je zajištěno nezbytné přístrojové vybavení uvedené v příloze žádosti, včetně předání informace pacientovi, či laickému ošetřovateli a jak je zajištěn servis tohoto vybavení.

**ad bod 9.**

Výše úhrady a rozsah péče jsou dány platným číselníkem Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

### **Příloha číslo 1**

Vzor ošetřovatelského plánu a řešení naléhavých stavů je na:

[http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/domaci-umela-plicni-ventilace\\_1617\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/domaci-umela-plicni-ventilace_1617_3.html)

## Příloha číslo 2

### Seznam výkonů požadovaných v rámci DUPV

Pacient:

Rodné číslo :

Dg.:

Navrhovatel uvede u požadovaných výkonů četnost. Pokud v seznamu nejsou uvedeny výkony, které pacient potřebuje doplní navrhovatel jejich specifikaci do tabulky. Pokud některé výkony navrhovatel nepožaduje potom neuvede jejich četnost.

Výkony praktického lékaře:

Kód	Název	Četnost
01023	Cílené vyšetření praktickým lékařem	
01024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem	
01025	Konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta	
01150	Návštěva praktického lékaře u pacienta	
01160	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19-22 hod	
01170	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22-06 hod	
01180	Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo pracovního klidu	

indukované výkony - četnost výkonů dle nutnosti výměny zavedených vstupů - cca 1x měsíčně

Kód	Název	Četnost
76023	Kontrolní vyšetření urologem 2	
76317	Výměna epicystostomie	
76213	Katetrizace močového měchýře permanentní cévkou dlouhodobá	
71719	Výměna tracheostomické kanyly	

Výkony agentury domácí péče - četnost návštěv 2 - 3 x d:

Kód	Název	Četnost
06317	Ošetrovací návštěva - Domácí zdravotní péče - typ III.	
06315	Ošetrovací návštěva - Domácí zdravotní péče - typ II.	
06313	Ošetrovací návštěva - Domácí zdravotní péče - typ I.	
06318	Ošetrovací návštěva - Domácí zdravotní péče - typ IV.	
06319	Fyzická asistence při poskytování domácí zdravotní péče	
06321	Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí	
06323	Odběr biologického materiálu	
06327	Ošetření stomii	
06329	Lokální ošetření	
06331	Klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů	

Rehabilitační péče - četnost předpokládáme 2x d:

Kód	Název	Četnost
21011	Kineziologický rozbor	
21015	Kineziologický rozbor kontrolní	
21113	Fyzikální terapie II	
21225	Léčebná tělesná výchova individuální - kondiční a analytické metody	
21413	Mobilizace periferních kloubů nebo techniky měkkých tkání nebo páteře včetně předehtání	

**Příloha číslo 3****Seznam ZUL požadovaných v rámci DUPV**

Pacient:

Rodné číslo :

Dg.:

Uvedený seznam je pouze orientační. Navrhovatel doplní to co pacient potřebuje nebo odstraní to co nepotřebuje.

Kód	Název	Četnost
33149	NutrisonStandard vak á 1000 ml	2 vaky denně
98219	Furon tbl. 40 mg	2x 1/2 tbl./denně
91280	Ranital tbl.Á 1	1 tbl./denně
94948	Seropram tbl. Á 20 mg	1 tbl./denně
13768	Cordarone tbl á 200 mg	1 tbl./denně
6618	Neurol tbl. Á 0,5 mg	1 tbl./denně
13430	Fyziologický roztok - vak á 250 ml/d. - zaplachování stravy a další užití	10ks / měsíc
32320	Betadine ung. Na ošetřování okolí vstupu gastrostomie	1ks / měsíc
802	Oční kapky na ošetření očí - Ophtalmo-Septonex gtt., st. 1, event. Lacrysin gtt	2ks/ měsíc
	Dezinfekční prostředek na pokožku - nutné specifikovat včetně velikosti balení	1l/ měsíc
	Inadine ung. Na okolí TS kanyly	2ks/týdně
	Mast na opruzeniny, nejlépe Menalind	1 ks/týdně
	Masážní mentolová mast - magistraliter	1 ks/týdně
	Borax-glycerin sol. 3% na ošetřování DÚ	
	Dezinfekční roztok na ruce - Spitaderm 500ml	1 ks/týdně
	Presept tablety Johnson+Johnson bal. Á 500 g - pro dekontaminaci použitých pomůcek	

## Příloha číslo 4

### Seznam ZUM požadovaných v rámci DUPV

Pacient:

Rodné číslo :

Dg.:

Uvedený seznam je pouze orientační. Navrhovatel doplní to co pacient potřebuje nebo odstraní to co nepotřebuje.

Kód	Název	Četnost
26140	Tracheostomická kanyla č. 10 ID-skup. 3 - nebo obdobná, výměna	1ks/ měsíc
26975	Tracheoální rourka č. 8 ID s těsnícím balonkem, skup. 3 - jako rezerva pro případ nemožnosti zavedení TSK	1ks
	Odsávací cévka pro jednorázové odsátí z dýchacích cest	15 ks/denně
	Jednorázová pinzeta pro sterilní odsávání z dýchacích cest	10 ks/denně
	Sterilní čtverce pod tracheostomickou kanylu, ke krytí gastrostomie a epistomie	celkem cca 4 bal. À 5 ks/denně
	Sterilní štětičky	cca 10 ks/denn
87656	Jednorázová podložka pod pacienta	4 ks/denně
87090	Jednorázové plenkové kalhotky, skup. 3	2ks / den
	Rukavice jednoráz. nesterilní pro ošetřující osobu, RHB a home-care	20 ks/den
	Rukavice jednorázové sterilní - cca 4 páry/denně	4ks/den
	Ústenky jednorázové(pro ošetřující osobu, RHB, home-care)	4ks/den
80452	Buničitá vata, skup. 3	250gr/týden
	Stříkačka injekční 10ml	5 ks/d
	Stříkačka injekční 20 ml	5 ks/d
	Janetová stříkačka	1 ks/3měsíce
	Sběrný močový sáček na 24 hod.	1ks/den
	Močový katétr-permanentní	
	Třecí miska na drcení léků	
	T-kus k HME Boosteru Medisize	1ks/týden