

## **Smluvní strany:**

### **1. Fakultní nemocnice Plzeň**

Se sídlem Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň  
Zastoupená MUDr. Václavem Šimánkem, Ph.D., ředitelem

IČ: 00669806

DIČ: CZ00669806

Bankovní spojení: 33739311/0710

**na straně jedné jako Poskytovatel**

**a**

### **2. Škoda JS a.s.**

Se sídlem Plzeň, Orlík 266/15, Bolevec, 316 00 Plzeň  
Zastoupená XXX

IČ: 25235753

DIČ: CZ25235753

Bankovní spojení: XXX

**na straně druhé jako Objednatel**

**/dále také jako smluvní strany či smluvní strana/**

**uzavírají v souladu s ustanovením § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník tuto**

## **Smlouvu o spolupráci**

### **I.**

#### **Předmět smlouvy**

Předmětem této smlouvy je spolupráce smluvních stran v oblasti poskytování zdravotních služeb zaměstnancům a rodinným příslušníkům Objednatele /dále jen klient/ v oblasti:

- **Preventivní prohlídky pro manažery;**

Předpokládaný počet klientů: 32

### **II.**

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

Poskytovatel se zavazuje zajistit na náklady Objednatele poskytování odborných a kvalifikovaných prohlídek klientů Objednatele v rozsahu své odbornosti a dle požadavků Objednatele, na základě podmínek této smlouvy, v dohodnutém čase a na dohodnutém místě.

Poskytovatel se zavazuje, že za poskytnuté služby v rámci plnění předmětu smlouvy, bude účtovat cenu uvedenou v článku VI. Objednatel bere na vědomí, že tato cena může být přiměřena zvýšena v závislosti na navýšení vstupních nákladů.

Objednatel se zavazuje zabezpečit veškerou součinnost, která je k řádnému naplnění předmětu této smlouvy nezbytná.

Poskytovatel se zavazuje zachovávat vůči klientům profesionální přístup a zajistit takovýto přístup i ze strany dalšího zdravotnického personálu.

Z důvodu navození důvěrného vztahu mezi klientem a lékařem nebude při prohlídce a vyhodnocování výsledků přítomna zdravotní sestra.

Prohlídka klienta lékařem bude provedena v dohodnutém čase, doba prohlídky je stanovena na cca 45 minut.

Poskytovatel prohlašuje, že má uzavřenou plantou smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou výkonem poskytování zdravotní péče.

### III.

#### Postup před vyšetřením

Klient obdrží od zaměstnavatele (objednatele) voucher na prohlídku, na který Objednatel napíše jméno a identifikační údaje firmy včetně otisku razítka.

Voucher si klient přinese s sebou na závěrečné vyšetření, kde jej předá lékaři. Lékař potvrdí datum provedení a opatří voucher razítkem a podpisem.

Vouchery budou přílohou k faktuře, kterou Poskytovatel bude odesílat Objednateli každý měsíc.

Objednatel při předání voucheru svému zaměstnanci-klientovi, vybaví klienta odběrovým setem na vyšetření krve ve stolici. Sety zajistí a předá Objednateli Poskytovatel.

Vzorky stolice předá klient náběrové sestře Poskytovatele.

Před vlastním vyšetřením klient podepíše informovaný souhlas.

### IV.

#### Mlčenlivost

Poskytovatel se zavazuje neposkytovat třetím osobám jakékoliv údaje týkající se klientů Objednatele a současně nakládat s osobními údaji těchto osob ve smyslu platných příslušných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění.

Smluvní strany se dále zavazují zachovávat vůči třetím stranám mlčenlivost o všech skutečnostech, s nimiž se seznámily při plnění předmětu této smlouvy, zejména o skutečnostech, které jsou předmětem jejich obchodního tajemství a údajů ze zdravotnické dokumentace.

Omezení dle výše uvedeného odstavce smluvní strany nepoužijí v případech, kdy je k poskytnutí informací vázán příslušnými právními předpisy.

### V.

#### Rozsah a podmínky poskytování prohlídek

**Preventivní komerční prohlídky** budou prováděny na II. interní klinice, pavilon č. 10, přízemí, č. dveří 109 a zahrnují tato vyšetření:

- Vyšetření a náběry, které budou provádět sestra cca 1 týden před prohlídkou lékařem:
- měření TK 3X s, výpočet průměru 2. a 3. měření
- antropometrické měření: výška, hmotnost, obvod pasu, výpočet BMI
- registrace EKG
- náběry pro laboratorní vyšetření /bilirubin, AST, ALT, GGT, glukóza, vykovaný hemoglobin, celkový cholesterol, LDL a HDL cholesterol, triacylglyceroly, urea, kreatin, kyselina močová, KO, moč a sediment, TSH, PSA u mužů nad 50 let, test na OK.

Povinnost lékaře:

- fyzikální vyšetření
- vyhodnocení dotazníku vyplněného klientem, který si klient vyplní, vytiskne a přinese s sebou na prohlídku / vyplní a odešle elektronicky

Vyšetřující lékař, s ohledem na vyšetření klienta, může nad rámec prohlídky doporučit a nabídnout následující vyšetření:

- rtg plic: při zájmu nemocného, doporučit nad 50 let, zejména kuřákům nebo, pokud rtg nebyl proveden v předchozích dvou letech
- sonografie břicha
- koloskopie – u osob nad 55 let věku
- Hb ve stolici bez ohledu na věc
- náběry na trombofilní stavy: pokud má klient tromboembolickou nemoc v osobní nebo rodinné anamnéze
- genetika trombofilních stavů, koagulační screening
- dotaz na poslední gynekologické vyšetření
- mamografie – ženám nad 45 let, pokud neměly vyšetření v uplynulých dvou letech

Nepovinná vyšetření budou doporučena v závěrečné zprávě a budou ponechána na úvaze praktického lékaře, příp. objednána v rámci FN.

#### **Průběh procesu preventivní prohlídky:**

- Objednatel obdrží odkaz na web, na kterém bude zobrazen formulář objednávky, který pověřená osoba Objednatele vyplní a vyplněný bude odeslán e-mailem pověřenému zaměstnanci Poskytovatele;
- Položky formuláře objednávky: identifikace Objednatele, jméno, příjmení, ročník narození a kontaktní telefon klienta, u kterého má být prohlídka provedena;
- Objednací formulář zpracuje pověřená zdravotní sestra Poskytovatele, která telefonicky kontaktuje klienta Objednatele, se kterým si domluví termín návštěvy na provedení náběrů a vyšetření krevního tlaku a EKG (proběhne v běžné pracovní době – max. 30 minut). V rámci této návštěvy klient podepíše informovaný souhlas s provedením vyšetření.
- Při provedení náběrů sestra objedná klienta na termín prohlídky u lékaře (na přesně uvedený termín a hodinu v době mimo pracovní dobu po 15. hodině). Prohlídka bude trvat maximálně 45 minut.

Výsledky vyšetření budou zaslány vyšetřovaným klientům. V případě zjištění závažného nálezu nebo jiné skutečnosti, lékař v rámci diskuse s klientem doporučí a domluví následná vyšetření.

Pokud Poskytovatel při vyšetření zjistí, že je nutná další péče, po dohodě s klientem tuto péči zajistí na příslušné klinice/oddělení.

## **VI.**

### **Finanční vyrovnání**

Cena za preventivní prohlídku je stanovena na částku 6.000,-- Kč/l klienta

Poskytovatel se zavazuje vyúčtování provádět 1x za měsíc, vždy nejpozději do 15. dne následujícího měsíce.

Pokud se klient k objednané prohlídce bez omluvy nedostaví, bude Objednateli tato prohlídka účtována.

Přílohou k vystavenému účetnímu a daňovému dokladu Poskytovatel přiloží přehled vyšetřených klientů kromě těch, kteří se na vyšetření nedostaví.  
Faktury budou zasílány na adresu Objednatele.

Objednatel se zavazuje uhradit Poskytovateli faktury do 30 dnů, přičemž uhrazením se pro účely této smlouvy rozumí den připsání částky na účet Poskytovatele.

## **VII. Závěrečná ujednání**

Tato smlouva nabývá platnosti dnem podpisu smluvních stran a účinnosti dnem zveřejnění smlouvy v registru smluv dle zákona č. 340/2015 Sb. o registru smluv.

Smlouvu v registru smluv uveřejní Poskytovatel.

Klienti se mohou dostavit k preventivním prohlídkám nejdříve následující den po zveřejnění této smlouvy v registru smluv. Datum zveřejnění této smlouvy v registru smluv sdělí Poskytovatel písemně objednateli nejpozději do 14-ti dnů od zveřejnění smlouvy.

Smlouvu lze měnit či doplňovat jen písemnými dodatky, které musí být očíslovány a podepsány oprávněnými osobami smluvních stran.

Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou

Smlouvu lze zrušit písemnou dohodou smluvních stran, nebo jednostrannou výpovědí bez uvedení důvodu. Výpovědní doba je 1 měsíc a počíná běžet první dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

Každá ze smluvních stran je povinna oznámit druhé smluvní straně změny všech skutečností, zejména identifikačních údajů a další změny, které by mohly ovlivnit řádné plnění této smlouvy.

Je-li nebo stane-li se některé ustanovení této smlouvy neplatné nebo neúčinné, nedotýká se tato neplatnost ostatních ustanovení. Smluvní strany se zavazují jedním nahradit neplatné nebo neúčinné ustanovení ustanovením platným a účinným, které bude zamýšlenému smluvnímu účelu neplatného nebo neúčinného ustanovení pokud možno nejbližší.

Smlouva je vyhotoven ve dvou paré, přičemž každá ze smluvních stran obdrží po jednom podepsaném výtisku.

Ostatní ujednání, v této smlouvě výslovně neupravená, se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník.

V Plzni dne .....

.....  
Poskytovatel

.....  
objednatel

## ZÁZNAM O SOUHLASU S PROVEDENÍM PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

ZOK: .....

Pacient/ka: .....  
titul                      jméno                      příjmení                      Narozen/a: .....

Rodné číslo (číslo pojištění): ..... / .....                      Kód ZP: .....

Bydliště: .....

---

**Navrhovaná zdravotní služba (zdravotní výkon):**

preventivní prohlídka pro manažery .....

**PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY**

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s rozsahem vyšetření prováděných v rámci preventivní prohlídky a s jejich provedením souhlasím.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění preventivní prohlídky.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).**

Souhlasím, že z důvodu diskrétnosti bude vyšetření prováděno pouze lékařem bez přítomnosti dalšího zdravotnického personálu.

---

**Zdravotnický pracovník poskytující údaje a poučení:**.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin .....  
podpis pacienta/ky

# Zdravotní dotazník k preventivní prohlídce

**Příjmení, jméno, titul:**

**Rodné číslo:**

**Pojišťovna:**

**Bydliště:**

**Telefon:**

**Email:**

**Zaměstnání a druh pracovní činnosti:.....**

**Rodinná anamnéza:**

Zde prosím vyplňte následující údaje týkající se výskytu sledovaných nemocí u přímých pokrevných příbuzných, tj.: rodiče, sourozenci, děti. V případě **úmrťi uveďte věk a příčinu.**

**Sledovaná onemocnění: onemocnění srdce, vysoký krevní tlak, cévní mozková příhoda, cukrovka, nádorová onemocnění, astma, onemocnění štítné žlázy, epilepsie, alergie a další závažná onemocnění**

Matka.....

Otec.....

Sourozenci.....

Děti.....

Výška:

Hmotnost:

Změna hmotnosti v posledních 3 měsících: + / -

**Osobní anamnéza - Vaše závažnější onemocnění od dětství:**.....

.....

Trpíte na dechové potíže (dušnost)?

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Zadýcháváte se, když pospícháte po rovině nebo při chůzi do mírného kopce? | Ano | Ne |
| 2. Zadýcháváte se, když jdete svým tempem po rovině?                          | Ano | Ne |
| 3. Musíte se zastavit pro dušnost při pomalé chůzi po rovině?                 | Ano | Ne |
| 4. Zadýcháváte se, když se myjete či oblékáte?                                | Ano | Ne |

5. Stalo se Vám v posledním měsíci, že byste trpěl(a) dušností nebo dechovou tísní v noci v poloze vleže (či Vás tato dušnost probudila)?

- Nikdy*                       *Málokdy*                       *Poměrně často*                       *Pravidelně musím spát se zvýšenou polovinou těla*                       *Část či většinu času v noci musím sedět*

Léčíte se s vysokým krevním tlakem?

1. Ne 2. Ano, jak dlouho.....

Léčíte se srdcem (prodělal/a jste infarkt myokardu, srdeční selhání, arytmie, chlopenní vada)?

1. Ne 2. Ano, specifikujte vč. časového údaje .....

Měl(a) jste někdy během posledních 4 týdnů následující potíže?

Bolesti či nepříjemný pocit na hrudi? Ano Ne

Bušení či pocit přeskokování srdce? Ano Ne

*V případě odpovědi ano.....*

Máte tyto potíže při chůzi do kopce, spěchu či při rozčilení? Ano Ne

Máte tyto potíže při normální chůzi po rovině? Ano Ne

Kolikrát jste měl(a) během posledních 4 týdnů tyto potíže?  4x denně a více  1-3x denně

3 a vícekrát týdně, ale ne každý den  méně než 1x týdně

V případě, že užíváte nitroglycerin (spray či tablety), kolikrát jste musel(a) kvůli bolestem či tlaku na hrudi během posledních 4 týdnů nitroglycerin aplikovat?  4x denně a více  1-3x denně  3 a vícekrát týdně, ale ne každý den  1-2x týdně  méně než 1x týdně  nikdy

Prodělal(a) jste cévní mozkovou příhodu („mrtvici“)?

1. Ne 2. Ano, specifikujte vč. časového údaje.....

Trpíte na otoky dolních končetin?

1. Ne 2. Ano, specifikujte.....

Měl(a) jste někdy během posledních 4 týdnů při chůzi bolesti dolních končetin, křeče či pocit těžkosti nohou, které Vás donutily zastavit se a po odpočinku potíže vymizely?

1. Ne 2. Zcela ojediněle 3. Tyto potíže mám pravidelně

*pokud máte tyto potíže pravidelně, po jaké vzdálenosti se objevují?.....metrech chůze*

Léčíte se s cukrovkou?

1. Ne 2. Ano – 1. typu/2. typu - jak dlouho.....léčba dieta / tablety / insulin / kombinace tablety+insulin

Máte v poslední době pocit snížené či zvýšené tolerance chladu či tepla, vyšší žíznivosti či nadměrné pocení?

1. Ne 2. Ano, specifikujte.....

Míváte v poslední době pravidelné bolesti hlavy, křeče, závratě, stavy bezvědomí?

1. Ne                    2. Ano, specifikujte.....

Máte trávicí potíže?

- |                     |     |    |
|---------------------|-----|----|
| 1. Bolesti břicha?  | Ano | Ne |
| 2. Pálení žáhy?     | Ano | Ne |
| 3. Průjmy?          | Ano | Ne |
| 4. Zácpu?           | Ano | Ne |
| 5. Nechutenství?    | Ano | Ne |
| 6. Krev ve stolici? | Ano | Ne |

Máte potíže při močení?

- |                                    |     |    |
|------------------------------------|-----|----|
| 1. Časté nucení?                   | Ano | Ne |
| 2. Noční časté močení?             | Ano | Ne |
| 3. Bolest při močení?              | Ano | Ne |
| 4. Jiné potíže – specifikujte..... |     |    |

Trápí Vás stavy úzkosti či deprese?

1. Ne                    2. Ano, specifikujte.....

Trpíte nějakou formou alergie?

1. Ne                    2. Ano, specifikujte.....

Uveďte prosím, zda jste sledován(a) lékařem – specialistou:.....

.....

### Návykové látky:

Kouříte?

1. Ne – nikdy jsem nekouřil(a)                    2. Ne, ale kouřil (a) jsem do .....let  
3. Ano – kolik let.....kolik cigaret denně.....

Pijete pravidelně alkohol (včetně piva)?

1. Ne                    2. Ano – druh alkoholu.....množství.....týdně.....



Užíváte drogy či jiné návykové látky (i v minulosti)?

1. Ne
2. Ano – v minulosti.....název.....forma.....přestal(a) jsem v .....letech
3. Ano – v současnosti - název.....forma.....jak často.....

**Léky**, které pravidelně užíváte:

Uveďte prosím název léku, jeho sílu a dávkování (Příklad: Paralen 500 mg, 1-1-1):

.....

.....