

IČO

IČZ

Číslo smlouvy

4	8	8	0	4	8	9	4
8	8	0	3	3	0	0	0
5	T	8	8	W	0	0	3

Název IČO

Domov Odry, příspěvková organizace


**VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY**
**PŘÍLOHA č. 2 ZVLÁŠTNÍ SMLOUVY – Vstupní formulář / V-03 / 7.07.08 / 4\_05**

Platnost smlouvy ode dne	1.5.2015
Číslo složky	
Číslo dodatku	
Datum uplatnění od	1.5.2015
Datum uplatnění do	31.12.2022

**Typ Z PRACOVISŤE TÝMU PRO OŠETŘOVATELSKOU A REHABILITAČNÍ PĚČI  
V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISŤE (IČP)

8 8 0 3 3 0 0 1

NÁZEV PRACOVISŤE

Domov Odry, příspěvková organizace

VARIABILNÍ SYMBOL

--	--	--	--	--	--	--	--

 (jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ PRACOVISŤE**

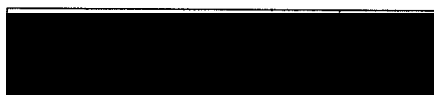
Město / Obec	Ulice	Č. orientační	Č. popisné	PSČ	Poř.
Odry	Hranická	56	410	742 35	1

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISŤE

9 1 3

**VEDOUcí PRACOVISŤE**

Příjmení, jméno, titul



Rodné číslo

bez lomítka

Kategorie pracovníka	Typ pracovníka	Datum od	Datum do	Kapacita pracovníka
S3	X	1.5.2015	31.12.2022	40,00

Funkční licence

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**KVALIFIKACE VEDOUcíHO PRACOVISŤE**

Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání

Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru

Odborná způsobilost v oboru

Specializovaná způsobilost v oboru

Zvláštní odborná způsobilost v oboru

Jiná speciální odborná způsobilost (např. akreditovaný kvalifikační kurz v oboru...)


**KAPACITA ZAŘÍZENÍ**

Počet klientů pobytového zařízení sociálních služeb

7 7

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ - další výkony (seznam č. 2b)									
s.2b	Kód výkonu					Název výkonu	Datum od	Datum do	
	0	6	6	1	1	ZAVEDENÍ NEBO UKONČENÍ ODBORNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST SESTRY	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	1	3	OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE - ČASOVÁ DISPOZICE 10 MINUT	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	2	1	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU, EVENT. ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	2	3	APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I. M., S. C., I. V.	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	2	5	PŘÍPRAVA A APLIKACE ORDINOVANÉ INFÚZNÍ TERAPIE ZA ÚČELEM ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, DODÁNÍ LÉČEBNÝCH LÁTEK A ENERGETICKÝCH ZDROJŮ, LÉČBY BOLESTI	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	2	7	APLIKACE INHALAČNÍ LÉČEBNÉ TERAPIE, OXYGENOTERAPIE	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	2	9	PÉČE O RÁNU	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	3	1	KOMPLEX - KLYSMA, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ A ZAVÁDĚNÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ U ŽEN	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	3	3	ZAVÁDĚNÍ NASOGASTRICKÉ SONDY	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	3	7	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	3	9	OŠETŘENÍ STOMÍÍ	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	4	5	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY V DOBĚ OD 22:00 DO 06:00 HODIN	1.5.2015	31.12.2022	
	0	6	6	4	9	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI SESTRY V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU	1.5.2015	31.12.2022	

SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVIŠTI (seznam č.1)																			
s.1	Rodné číslo (bez lomítka)	Příjmení	Jméno	Titul	Kat. prac	Typ prac	Datum od	Datum do	Kapacita	Fun. lic.1	Fun. lic.2	Fun. lic.3	Fun. lic.4	Fun. lic.5	Fun. lic.6	Fun. lic.7	Fun. lic.8	Fun. lic.9	Fun. lic.10
						O	1.5.2015	31.12.2022	40,00										
						O	1.5.2015	31.12.2022	40,00										
						O	1.5.2015	31.12.2022	40,00										
						O	1.5.2015	31.12.2022	40,00										
						O	1.5.2015	31.12.2022	40,00										
						O	1.5.2015	31.12.2022	40,00										

SOUČET KAPACIT PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI (v hodinách péče za týden - dle kategorie)

Skupina	Kategorie pracovníka	Kapacita
NLZP (nelékařský zdravotnický pracovník)	S4 NLZP s VŠ vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí	0,00
	S3 NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí	80,00
	S2 NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)	200,00
	S1 NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)	0,00

**SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ**

Tento formulář je účinný od 1.5.2015.

Podmínky výkonu 06611:  
výkon je oprávněn vykazovat pouze nositel S3.

Doložen přístroj:  
- ultrazvukový inhalátor OMRON

Elektronický podpis za statutárního zástupce  
pobytového zařízení sociálních služeb

Datum: 2015.05.04 16:25:39 +02'00'

Elektronický podpis za Pojišťovnu

Date: 2015.04.22 18:08:34 +02'00'

