

IČO Poskytovatele:

IČZ Poskytovatele:

Interní označení Poskytovatele:

!!!! (Identifikační údaje Poskytovatele musí být shodné s údaji uvedenými ve Smluvě o poskytování a úhradě hrazených služeb)!!!!

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ POSKYTOVATELE K PERSONÁLNÍMU ZABEZPEČENÍ A TECHNICKÉMU VYBAVENÍ

(Poskytovatel je povinen doložit příslušné doklady, že splňuje podmínku dle ustanovení písm. c) a e) bodu 1 části B) přílohy č. 1 k Vyhlášce č. 314/2024 Sb., pokud tak již neučinil)

V souladu s ustanovením písm. c) a e) bodu 1 části B) přílohy č. 1 k Vyhlášce č. 314/2024 Sb. Poskytovatel prohlašuje, že oproti údajům dříve nahlášeným Pojišťovně došlo ke změně v plnění stávajících kritérií nebo tímto oznamuje nově definovaná kritéria:

Personální zabezpečení dle typu ošetrovacího:

Typ OD	Personální zabezpečení *)						
	Sestra specialista na hojení ran	Nutriční terapeut	Ergoterapeut	Logoped	Psycholog ve zdravotnictví	Lékař se zvl. spec. způsob. – paliativní medicína	Lékař se spec. způsob. – gerieatrie
	Min. 0,4 úvazku na 120 lůžek	Min. 0,4 úvazku na 120 lůžek	Min. 1,0 úvazek na 120 lůžek	Min. 1,0 úvazek na 120 lůžek	Min. 0,4 úvazku na 120 lůžek	Min. 0,4 úvazku na 120 lůžek	Min. 0,4 úvazku na 120 lůžek
00005							
00022							
00023							
00024							
00027							
00028							
00030							
00037							

*) V případě, že PZS v rámci daného OD uvedené kritérium plní, doplní „ANO“, v ostatních případech nechá pole nevyplněno.

V případě nižšího počtu lůžek (minimálně však 30) je úvazek posouzen poměrnou částí.

Datum platnosti údaje:

Technické vybavení dle typu ošetřovacího:

Typ OD	Technické vybavení ^{*)}	
	Průměrný počet lůžek na pokoji	Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky
	Nejvýše 2,5 lůžka na pokoj	Alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole
00005		
00022		
00023		
00024		
00030		
00037		

^{*)} V případě, že PZS v rámci daného OD uvedené kritérium plní, doplní „ANO“, v ostatních případech nechá pole nevyplněno.

Datum platnosti údaje:

V dne

.....
Poskytovatel (podpis, razítko)

VYPLNĚNÝ A PODEPSANÝ VÝTISK FORMULÁŘE, PROSÍM, VRAŤTE ZPĚT DO DATOVÉ SCHRÁNKY POJIŠŤOVNY (9swaix3), PŘÍP. NA KONTAKTNÍ ADRESU MÍSTNĚ PŘÍSLUŠNÉHO PRACOVIŠTĚ ZP MV ČR