

DODATOK č. 11
K ZMLUVE O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
č. 75NDOS000114

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou
starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
(ďalej len „Zmluva“)
medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130, IČ DPH: SK2022051130

zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B
krajská pobočka **Žilina**, kód : 2400

korešpondenčná adresa: Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca
IČO / registračné číslo:	17335469
DIČ, IČ DPH:	2020552083, SK 2020552083
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Palárikova 2311/57, 022 16 Čadca
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	MZ SR č. 3724/1994-A/II-1

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. ÚVODNÉ USTANOVENIE

- 1.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa v súlade s ustanoveniami Všeobecných zmluvných podmienok pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) dohodli na zmene Zmluvy (ďalej len „Dodatok“).

II. OBSAH ZMENY ZMLUVY

- 2.1. Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že doterajšia príloha č. 2 Zmluvy sa nahrádza novým znením, ktorá tvorí prílohu Dodatku.
- 2.2. Ostatné ustanovenia Zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

III. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 3.1. Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po jeho zverejnení na webovom sídle Poisťovne. V prípade, že má zákonom uloženú povinnosť zverejniť Dodatok aj Poskytovateľ, Dodatok nadobúda účinnosť nasledujúcim dňom po zverejnení Dodatku oboma zmluvnými stranami; pre určenie účinnosti Dodatku je rozhodujúci okamih, kedy si povinnosť zverejniť Dodatok splní v poradí prvá zmluvná strana. Poisťovňa a Poskytovateľ sa zaväzujú pristúpiť k uzavretiu Dodatku tak, aby nadobudol účinnosť k 1.5.2021.
- 3.2. V prípade, ak dôjde k zverejneniu Dodatku neskôr a tým nadobudne účinnosť po 1.5.2021 Poisťovňa a Poskytovateľ sa dohodli a berú na vedomie, že pre prípad potreby zachovania kontinuity

poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti poistencom Poistovne bude zdravotná starostlivosť poskytnutá Poskytovateľom v čase od 1.5.2021 do nadobudnutia účinnosti tohto Dodatku uhradená v súlade s týmto Dodatkom.

- 3.3. Dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú Zmluvnú stranu.
- 3.4. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, tento Dodatok podpísali.

V Žiline, dňa 30. apríla 2021

V Čadci, dňa 30. apríla 2021

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Ing. Božena Holbičková
regionálna riaditeľka nákupu ZS

Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca
Ing. Martin Šenfeld, MBA
riaditeľ

Cenník

Cena za lôžkodeň

Označenie		hodnota v €
cena za lôžkodeň	pri zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencovi	42,- €

Finančný objem

Finančný objem na kalendárny mesiac podľa bodu 4.6. Zmluvy	1.620,-€
--	-----------------

Indikácie prijatia, pri súčasnom splnení podmienok:

- Indikácie na prijatie do Domu ošetrovateľskej starostlivosti:
 - imobilizačný syndróm a poruchy ním spôsobené;
 - chronické dekompenzované ochorenie bez potreby lekárskej, ale s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti;
 - pooperačné stavy s obmedzenou hybnosťou, s narušenou integritou kože, alebo s iným zdravotným problémom vyžadujúcim prítomnosť kvalifikovaného ošetrovateľského personálu.
- Splnené kritériá prijatia do ústavnej starostlivosti (potreba kontinuálneho poskytovania ošetrovateľskej zdravotnej starostlivosti viac ako 24 hodín), vyžadujúcim každodennú starostlivosť v rozsahu výkonov ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré nie je možné poskytovať v prirodzenom sociálnom prostredí.
- Informovaný súhlas pacienta, ktorý je súčasťou zdravotnej dokumentácie musí obsahovať nasledovné prehlásenie:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasím – nesúhlasím