FORMULÁŘ PRO VYKAZOVÁNÍ POTŘEBNÝCH ÚDAJŮ DO CLEARINGOVÉHO CENTRA

(pravidelné očkování hrazené z v.z.p., netýká se nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování, které není hrazené z v.z.p.)

Údaje o poskytovateli zdravotních služeb

01 Název / jméno

02 IČP (IČZ)

Sledované období

04 Začátek sledovaného období — den 30 / měsíc 06 / rok 2016

05 Konec sledovaného období — den 31 / měsíc 12 / rok 2016

03 IČO

Údaje o očkovacích látkách (OL)

06 Název OL	07 Kód SÚKL OL	08 Stav - počet OL k 30.6.2016	9 Stav - počet OL k 31.12.2016	10 Počet zne-hodnocených OL*
INFANRIX HEXA	0025646			
INFANRIX	0032865			
BOOSTRIX	0120102			
HIBERIX	0054227			
TETAVAX	0083443			
INFANRIX HIB	0056049			
PRIORIX	0057521			
IMOVAX POLIO	0100224			
BOOSTRIX POLIO INJ. STŘÍKAČKA	0120112			
ENGERIX-B 10 MCG	0057570 0103070			
ENGERIX-B 20 MCG INJ**	0091775 0103073			
PNEUMO 23 INJ**	0085172			
PREVENAR 13 INJ**	0149868			
FENDRIX INJ**	0028399			
SZCZEPIONKA PRZECIWGRUŹLICZA BCG 10 ANTI-TUBERCULOSIS VACCINE	9999911			
HEXACIMA	0194191			

Datum 2017

Otisk razítka***

Podpis***

Pokyny k vyplnění

01-03	Vyplňte název, IČP (IČZ) a IČO poskytovatele zdr. služeb
04-05	Sledovaným obdobím je 2. pololetí roku 2016 (30.6.2016 - 31.12.2016).
08	Napište počet kusů příslušné OL, které jste měli skladem k 30.6.2016.
09	Napište počet kusů OL, které máte skladem k 31.12.2016
10	Napište počet znehodnocených kusů příslušné OL v období od 30.6.2016 do 31.12.2016

Vysvětlete způsob znehodnocení:

☐ rozbité ☐ závadné

☐ aspirace krve ☐ prošlá doba expirace

☐ vyšší moc ☐ jiné

1 kus OL = 1 dávka OL / předplněná injekční stříkačka s OL

Telefonické dotazy: **800 11 22 33** .

Vyplněný formulář doručit nejpozději do 30.1.2017 do Clearingového centra:

a) odeslat na adresu: **Kancelář zdravotního pojištění z.s. - CC**
Nám.W.Churchilla 2
130 00 Praha 3

b) elektronicky (xml, xls, pdf) na email **ockovani@kancelarzp.cz**
POUZE PO UDĚLENÍ SOUHLASU S EL. KOMUNIKACÍ nebo s EL. PODPISEM

* např. očkovací látky rozbité, znehodnocené krví při aplikaci, nepoužitelné z důvodů zásahu vyšší moci, zlikvidovaı z důvodu závady nebo vrácené distributorovi

** tyto OL jsou vykazovány pro pouze pro rizikové skupiny

*** určeno pro poskytovatele zdr. služeb, kteří posílají hláš v listinné podobě