

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 zdr. služeb

01 Název / jméno

02 IČP (IČZ)

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

Sledované období

04 Začátek sledovaného období

den	měsíc	rok
0 1 0 1 2 0 1 6		

05 Konec sledovaného období

den	měsíc	rok
3 0 0 6 2 0 1 6		

03 IČO

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

Údaje o očkovacích látkách (OL)

06 Název OL

07 Kód SÚKL OL

0	0	2	5	6	4	6
---	---	---	---	---	---	---

08 Stav - počet

OL k 1.1.2016

9 Stav - počet

OL k 30.6.2016

10 Počet znehodnocených* OL

0	0	3	2	8	6	5
---	---	---	---	---	---	---

0	1	2	0	1	0	2
---	---	---	---	---	---	---

0	0	5	4	2	2	7
---	---	---	---	---	---	---

0	0	8	3	4	4	3
---	---	---	---	---	---	---

0	0	5	6	0	4	9
---	---	---	---	---	---	---

0	0	5	7	5	2	1
---	---	---	---	---	---	---

0	1	0	0	2	2	4
---	---	---	---	---	---	---

0	1	2	0	1	1	2
---	---	---	---	---	---	---

0	0	5	7	5	7	0
---	---	---	---	---	---	---

0	0	9	1	7	7	5
---	---	---	---	---	---	---

0	1	0	3	0	7	3
---	---	---	---	---	---	---

0	0	8	5	1	7	2
---	---	---	---	---	---	---

0	1	4	9	8	6	8
---	---	---	---	---	---	---

0	0	2	8	3	9	9
---	---	---	---	---	---	---

9	9	9	9	9	1	1
---	---	---	---	---	---	---

0	1	9	4	1	9	1
---	---	---	---	---	---	---

Datum

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

Otisk razítka****

Podpis****

Pokyny k vyplnění

- 01-03 Vyplňte název, IČP (IČZ) a IČO poskytovatele zdr. služeb.
- 04-05 Sledovaným obdobím je 1. pololetí roku 2016 (1.1.2016 - 30.6.2016).
- 06 Doplněte do sloupce další OL, je-li třeba.
- 08 Napište počet kusů příslušné OL, které jste měli skladem k 1.1.2016.
- 09 Napište počet kusů OL, které máte skladem k 30.6.2016
- 10 Napište počet znehodnocených kusů příslušné OL v období od 1.1.2016 do 30.6.2016.

Vysvětlete způsob znehodnocení (označte X):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rozbité
<input type="checkbox"/> aspirace krve
<input type="checkbox"/> vyšší moc | <input type="checkbox"/> závadné
<input type="checkbox"/> prošlá doba expirace
<input style="width: 100%;" type="text"/> jiné |
|--|---|

Telefonické dotazy: **800 11 22 33**.

Vyplněný formulář doručit nejpozději do 31.7.2016 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. PODPÍSEM |
|---|--|

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

*** tyto OL jsou vykazovány pro pouze pro rizikové skupiny určeno pro poskytovatele zdr. služeb, kteří posílají hlášení v listinné podobě

AOL** počet aplikovaných očkovacích látek

+ netýká se očkovací látky ENGERIX-B 20 MCG INJ

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