

# DOTAZNÍK K POJIŠTĚNÍ PROFESNÍ A OBECNÉ ODPOVĚDNOSTI ZA ÚJMU POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Tento dotazník je shrnutím informací potřebných k vypracování návrhu pojištění. Uvedte, prosím, požadované informace, které se týkají Vaší společnosti, nebo veškeré další informace, které považujete v této souvislosti za důležité. V případě potřeby uvádějte informace na samostatný list. Informace uvedené v dotazníku budou použity pouze pro potřebu pojištění.

## 1. Všeobecné informace o společnosti

Jméno / Název	Rokycanská nemocnice, a.s.
Adresa bydliště / sídla	Voldušská 750, 337 01 Rokycany
IČ / DIČ (rodné číslo)	26360900/CZ699005333
E-mailová adresa	<a href="mailto:info@rokycany.nemocnicepk.cz">info@rokycany.nemocnicepk.cz</a>
Jména zástupců oprávněných podepisovat pojistné smlouvy	Ing. Zdeněk Švanda, MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M., Ing. Michal Filař

## Procentuální vyjádření vlastnického podílu v zájemci o pojištění:

Stát		<input checked="" type="checkbox"/>	Soukromoprávní subjekt	
Město	100% (PK)	<input checked="" type="checkbox"/>	Obecně prospěšná společnost	

## 2. Pokyťované zdravotnické služby

Jste provozovatelem: označte křížkem jednu variantu v rámci bodu a) nebo b)

### a) Základní zařízení zdravotní péče

	ANO / NE		ANO / NE
Rehabilitační a fyzikální medicína	ano	Ordinace psychiatrická	ne
Ordinace revmatologická	ano	Ordinace gynekologa	ano
Ordinace alergologie a klinické imunologie	ne	Ordinace ortopedická	ano
Ordinace neurologická, patologie a soudní lékařství	ano	Ordinace ORL, dermatovenerologie	ne
Anesteziologie a intenzivní medicína, ordinace chirurgická, rychlá záchranná služba	ano	Hygiena a epidemiologie, mikrobiologie, hygienická stanice	ne
Ordinace interní (vnitřní lékařství, diabetologie a endokrinologie, nefrologie, gastroenterologie, geriatric)			ano
Ordinace pneumologie a ftizeologie, urologická, biochemie, hematologie a transfúzní lékařství, onkologie, zařízení transfúzní služby, oční (oftalmologie), kardiologie, RTG laboratoř, radiologie a zobrazovací metody			ano
Jiné (uvedte)			

### b) Sdružené zařízení zdravotní péče

(polikliniky a sdružená zdravotnická zařízení, v jejichž ordinacích se poskytují základní nebo specializované služby)	ne
Datum zahájení působení (rozhodnutí o registraci zřizovací listinou)	
Datum, kdy byla zahájena pojišťovaná činnost: (v případě sdružení uveďte rok, odkdy vykonáváte činnost společně)	
	ANO / NE
Sdružení ordinací ambulantní péče? (Rozumí se alespoň 2 ordinace bez ohledu na to, zda je v nich poskytován stejný druh zdravotní péče anebo různé druhy zdravotní péče.)	ne
Zařízení lůžkové péče	.....

V případě, že ANO uveďte, prosím, jakého typu (např. nemocnice, rehabilitační ústav, psychiatrická léčebna, lázeňská léčebna, sanatorium, kojenecký ústav apod.):

Počet lůžek	146	Průměrná denní obsazenost lůžek v %	72%
-------------	-----	-------------------------------------	-----

	ANO / NE		
Lékárny (ano / ne)	ano	V případě, že ANO uveďte, prosím, počet osob pro lékárnou činných:	6

	ANO / NE
Uveďte, zda provozujete lékárnu s vlastní přípravou léků:	ano
Jednotky intenzivní péče?	ano
Používají se při výkonu zdravotní péče zdroje radioaktivního záření?	ano
V případě, že ANO uveďte, prosím:	
Počet k léčbě	Počet k diagnostice
Provozujete poradenskou činnost?	ne

V případě, že ANO upřesněte:

Provozujete krevní banku?

ne

V případě, že ANO upřesněte počet skladovaných jednotek krve a způsob, jakým je krev testována:

### Uchovávání záznamů o pacientech

Jak dlouho? dle platné legislativy Jakou formou? papírově, elektronicky

Dále uveďte % rozdělení pacientů přijímaných na jednotlivá oddělení

Oddělení	%	Oddělení	%
Ambulance	0%	Psychiatrie	0%
JIP	5%	Onkologie	0%
Interna	39%	Gynekologie	1%
Traumatologie	0%	Geriatric	0%
Psychiatrie	0%	Pediatric	11%
Jiné	44%	Uveďte konkrétně:	chirurgie (36,73 %), ONP, OL+SL (7,94 %)

Došlo u vás v posledním roce k organizačním / kompetenčním změnám ve vedení?

ne

V případě, že ANO upřesněte:

### 3. Spolupracovníci a zaměstnanci

Uveďte, prosím, počet pracovníků v následujícím rozdělení

Počet lékařů, kteří u vás pracují v oboru chirurgie, ortopedie, urologie, gynekologie, anesteziologie, radiologie	51
Počet jiných lékařů a magistrů farmacie	49
Počet odborných zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry, apod.)	211
<b>Celkem</b>	<b>311</b>

### 4. Hrubý obrat

Vaše celkové roční příjmy, které jsou předmětem daně z příjmů v předchozím kalendářním roce

383 272 tisíc Kč

U zdravotnických zařízení, zřízených jako rozpočtové / příspěvkové organizace, výnosy z činnosti a poskytnuté dotace

xxx

### 5. Základní údaje k pojištění obecné odpovědnosti

Počet budov v pronájmu od PK

Typ konstrukce xxx

Byly tyto budovy postaveny pro účel lékařského zařízení? (ano / ne)

ano

V případě, že NE upřesněte:

Proběhla v současné době rekonstrukce? (ano / ne)

ne

V případě, že ANO upřesněte:

Máte havarijní plán (plán pro krizové situace)? (ano / ne)

ano

Máte osobu zajišťující bezpečnost chodu lékařských zařízení? (ano / ne)

.....

V případě, že ANO upřesněte její pozici a kvalifikaci:

### 6. Stávající pojistné krytí - pojištění profesní odpovědnosti

Uveďte, prosím, podrobnosti o stávajícím (předchozím) pojistném krytí:

Pojistné období	Retroaktivní datum	Límit pojistného plnění	Spoluúčast	Pojistné	Pojistitel
2021 - 2025	01.01.2021	1-30 000 000,-	20 000,- / 1 000,-	420 192,-/rok	Allianz
Rozsah pojištění	č. 400047878 - pojistný program Nemocnice Plzeňského kraje				

Byla v minulosti poptávka na pojištění profesní odpovědnosti pojistitelem zamítnuta nebo bylo takové pojištění někdy zrušeno nebo bylo zamítnuto jeho obnovení nebo byly stanoveny zvláštní podmínky pro obnovu takového pojištění?

ne

V případě, že ANO uveďte, prosím, veškeré podrobnosti:

## 7. Informace v souvislosti s pojištěním profesní odpovědnosti

Provedl ve společnosti v posledních třech letech nadřízený orgán (ministerstvo, asociace) vnitřní kontrolu nebo disciplinární šetření?	ne
--	----

V případě, že ANO uveďte, prosím, veškeré podrobnosti:

Jste si Vy nebo některý z Vašich společníků či osob vykonávajících s Vámi činnost společně na základě smlouvy o sdružení anebo některý z Vašich zaměstnanců vědom okolností, které by mohly vést poškozeného k uplatnění nároku na náhradu škody vyplývající z výkonu Vaší činnosti vůči Vám, Vaší obchodní společnosti či osobě, která s Vámi vykonává činnost společně na základě smlouvy o sdružení?	ne
---	----

V případě, že ANO uveďte, prosím, veškeré podrobnosti:

## 8. Pojistná doba

Počátek pojištění od:	01.01.2026	Konec pojištění:	
-----------------------	------------	------------------	--

Shora uvedené skutečnosti se považují za písemné zaznamenání požadavků a potřeb a za písemné odpovědi na dotazy pojišťovny ve smyslu zákonných ustanovení a pojistných podmínek. Prohlašujeme tímto, že všechny informace uvedené v tomto dotazníku jsou úplné, pravdivé a přesné a taktéž informace nám byly poskytnuty srozumitelně, jasně a přesně. Zavazujeme se, že budeme informovat pojistitele o podstatných změnách ohledně výše uvedených skutečností, ke kterým by došlo před uzavřením nebo po uzavření pojistné smlouvy. Tento dokument obsahuje informace důvěrného charakteru.

Datum: 30.06.2025 Vyplnil: Ing. M. Krejčíková Pc Razítko a podpis: .....

Ing. M. KREJČÍKOVÁ POMPLOVÁ

Rokycanská nemocnice, a.s.

Voldušská 750  
337 01 Rokycany

IČ: 26360040 | DIČ: CZ699005333



5