


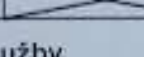
# DOTAZNÍK K POJIŠTĚNÍ PROFESNÍ A OBECNÉ ODPOVĚDNOSTI ZA ÚJMU POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Tento dotazník je shrnutím informací potřebných k vypracování návrhu pojištění. Uveďte, 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	Domažlická nemocnice, a.s.
Adresa bydliště / sídla	Kozinova 292
IČ / DIČ (rodné číslo)	26361078/CZ699005333
E-mailová adresa	michaela.vinata@domazlice-nemocnicepk.cz
Jména zástupců oprávněných podepisovat pojistné smlouvy	Ing. Ondřej Provalil MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M.

## Procentuální vyjádření vlastnického podílu v zájemci o pojištění:

Stat	0%		Soukromoprávní subjekt	0%
Město	100%		Obecně prospěšná společnost	0%

## 2. Pokytované 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	ne	Ordinace gynekologická	ano
Ordinace alergologie a klinické imunologie	ne	Ordinace ortopedická	ne
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 fizeologie, urologická, biochemie, hematologie a transfúzní lékařství, onkologie, zařízení transfúzní služby, oční (oftalmologie), kardiologie, RTG laboratoř, radiologie a zobrazovací metody			ano

Jiné (uveďte):

### b) Sdružené zařízení zdravotní péče

(poliklinika a sdružená zdravotnická zařízení, v jejichž ordinacích se poskytují základní nebo specializované služby)

Datum zahájení působení (rozhodnutí o registraci zřizovací listinou): 2006

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.)

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	196	Průměrná denní obsazenost lůžek v %	74%
-------------	-----	-------------------------------------	-----

	ANO / NE		
Lékárny (ano / ne)	ano	V případě, že ANO uveďte, prosím, počet osob pro lékárnou činných:	3

ANO / NE

Uveďte, zda provozujete lékárnu s vlastní přípravou léků:

Jednotky intenzivní péče?

Používají se při výkonu zdravotní péče zdroje radioaktivního záření?

V případě, že ANO uveďte, prosím: Počet k léčbě 0 Počet k diagnostice 2

Provozujete poradenskou činnost?

V případě, že ANO upřesněte:

Provozujete krevní banku?

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

## Uchovávání záznamů o pacientech

Jak dlouho?	30	Jakou formou?	elektronicky/papírově
-------------	----	---------------	-----------------------

Dále uveďte % rozdělení pacientů přijímaných na jednotlivá oddělení



Oddělení	%	Oddělení	%
Ambulance	90%	Psychiatrie	
JIP	1%	Onkologie	
Interna	3%	Gynekologie	1%
Traumatologie		Geriatrie	
Psychiatrie		Pediatric	2%
Jiné	3%	Uveďte konkrétně:	

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	116
Počet jiných lékařů a magistrů farmacie	6
Počet odborných zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry, apod.)	253+61
<b>Celkem</b>	<b>122</b>

### 4. Hrubý obrat

Vaše celkové roční příjmy, které jsou předmětem daně z příjmů v předchozím kalendářním roce	580 mil. Kč
U zdravotnických zařízení, zřízených jako rozpočtové / příspěvkové organizace, výnosy z činnosti a poskytnuté dotace	

### 5. Základní údaje k pojištění obecné odpovědnosti

Počet budov	1
Typ konstrukce	Železobeton skeletové s výplní z dutinových cihel
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)	ano
---	-----

V případě, že ANO upřesněte její pozici a kvalifikaci: primář interního oddělení

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

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

Pojistné období	Retroaktivní datum	Limit pojistného plnění	Spoluúčast	Pojistné	Pojistitel

Rozsah pojištění

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:		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 také 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:

29/8 2025

Vyplnil:

Ing. Renata Štěrbová

Razítko a podpis:

