

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	Klatovská nemocnice, a.s.
Adresa bydliště / sídla	Píseňská 929, Klatovy
IČ / DIČ (rodné číslo)	26360527/CZ699005333
E-mailová adresa	ivana.hodanova@klatovy.nemocnicepk.cz
Jména zástupců oprávněných podepisovat pojistné smlouvy	Ing. Ondřej Provalil, MBA MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M.

Procentuální vyjádření vlastnického podílu v zájemci o pojištění:

Stát	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	ano
Ordinace revmatologická	ne	Ordinace gynekologa	ano
Ordinace alergologie a klinické imunologie	ano	Ordinace ortopedická	ano
Ordinace neurologická, patologie a soudní lékařství	ano	Ordinace ORL, dermatovenerologie	ano
Anesteziologie a intenzivní medicína, ordinace chirurgická, rychlá záchranná služba	ano	Hygiena a epidemiologie, mikrobiologie, hygienická stanice	ano
Ordinace interní (vnitřní lékařství, diabetologie a endokrinologie, nefrologie, gastroenterologie, geriatric)			ano
Ordinace pneumologie a fteologie, 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)

Datum zahájení působení (rozhodnutí o registraci zřizovací listinou)	2003
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	310	Průměrná denní obsazenost lůžek v %	72%
-------------	-----	-------------------------------------	-----

	ANO / NE		
Léčárny (ano / ne)	ano	V případě, že ANO uveďte, prosím, počet osob pro lékárnu činných:	11

				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	0	Počet k diagnostice	3
Provozujete poradenskou činnost?				ne
V případě, že ANO upřesněte:				
Provozujete krevní banku?				ne

Uchovávání záznamů o pacientech

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

Dále uveďte % rozdělení pacientů přijímaných na jednotlivá oddělení

Oddělení	%	Oddělení	%
Ambulance	95%	Psychiatrie	
JIP	0%	Onkologie	
Interna	1%	Gynekologie	1%
Traumatologie		Geriatric	
Psychiatrie	0%	Pediatric	1%
Jiné	2%	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	138
Počet jiných lékařů a magistrů farmacie	45
Počet odborných zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry, apod.)	591
Celkem	774

4. Hrubý obrát

Vaše celkové roční příjmy, které jsou předmětem daně z příjmů v předchozím kalendářním roce	1 300 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	11
Typ konstrukce	Železobeton / Zděné
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: Bezpečnostní technik

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 nebo 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 písemně 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 takéž 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

Vypínil:

ing. Renata Šterbová

Razítko a podpis:

