

DOTAZNÍK K POJIŠTĚNÍ PROFESNÍ A OBEČNÉ 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	Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, s.r.o.
Adresa bydliště / sídla	Blatenská 314, 341 01 Horažďovice
IČ / DIČ (rodné číslo)	26360870
E-mailová adresa	info@horazdovice-nemocnicepk.cz
Jména zástupců oprávněných podepisovat pojistné smlouvy	Ing. Martin Grolmus, předseda rady jednatelů Ing. Ondřej Provalil, MBA, místopředseda rady jednatelů

Procentuální vyjádření vlastnického podílu v zájemci o pojištění:

Stát			Soukromoprávní subjekt	
Město			Obecně prospěšná společnost	

2. Pokytnované 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 gynekologa	ne
Ordinace alergologie a klinické imunologie	ne	Ordinace ortopedická	ne
Ordinace neurologická, patologie a soudní lékařství	ne	Ordinace ORL, dermatovenerologie	ne
Anesteziologie a intenzivní medicína, ordinace chirurgická, rychlá záchranná služba	ne	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 (uveďte)			

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)	25.08.2003
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.)	ano
Zařízení lůžkové péče	ano

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

následná péče a následná rehabilitační péče

následná péče

Počet lůžek	140	Průměrná denní obsazenost lůžek v %	97%
-------------	-----	-------------------------------------	-----

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

	ANO / NE
Uveďte, zda provozujete lékárnu s vlastní přípravou léků:	ne
Jednotky intenzivní péče?	ne
Používají se při výkonu zdravotní péče zdroje radioaktivního záření?	ano
V případě, že ANO uveďte, prosím:	Počet k léčbě 0 Počet k diagnostice 1

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?	20 let	Jakou formou?	v listinné formě
-------------	--------	---------------	------------------

Dále uveďte % rozdělení pacientů přijímaných na jednotlivá oddělení

Oddělení	%	Oddělení	%
Ambulance	86%	Psychiatrie	
JIP		Onkologie	
Interna		Gynekologie	
Traumatologie		Geriatric	
Psychiatrie		Pediatric	
Jiné	14%	Uveďte konkrétně: následná péče	

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	5
Počet jiných lékařů a magistrů farmacie	14
Počet odborných zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry, apod.)	85
Celkem	104

4. Hrubý obrat

Vaše celkové roční příjmy, které jsou předmětem daně z příjmů v předchozím kalendářním roce	176 388 867 Kč
U zdravotnických zařízení, zřízených jako rozpočtové / příspěvkové organizace, výnosy z činnosti a poskytnuté dotace	

5. Základní údaje k pojištění obecné odpovědnosti

Počet budov	3
Typ konstrukce	zděné budovy, 1x 4-podlažní, 1x 3-podlažní a 1x jednopodlažní
Byly tyto budovy postaveny pro účel lékařského zařízení? (ano / ne)	ano

V případě, že NE upřesněte:

Proběhla v současné době rekonstrukce? (ano / ne)	ano
---	-----

V případě, že ANO upřesněte:

Snižuje se počet lůžek na pokojích z důvodu vestavby sociálních zařízení

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:

manažerka kvality

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
1 rok		90 000 000 Kč	20 000 Kč	2930000	Allianz
Rozsah pojištění	škoda nebo jiná újma způsobená při poskytování zdravotních a sociálních služeb				

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:	01.01.2021	Konec pojištění:	31.12.2025
-----------------------	------------	------------------	------------

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: 27.06.2025 Vyplnil: Ing. Martin Grolmus Razítko a podpis: _____

**Nemocnice následné péče
LDN Horažďovice, s.r.o.**

Blatenská 314
361 01 Horažďovice
T: 376 334 211

IČO: 26360870 | DIČ: CZ699005333



①