

# 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	Stodská nemocnice, a.s.
Adresa bydliště / sídla	Hradecká 600 , 333 01 Stod
IČ / DIČ (rodné číslo)	26361086
E-mailová adresa	recepce@stod.nemocnicepk.cz
Jména zástupců oprávněných podepisovat pojistné smlouvy	Ing. Zdeněk Švanda - předseda představenstva Mgr. Daniel Hajšman - člen představenstva

## Procentuální vyjádření vlastnického podílu v zájemci o pojištění:

Stát	ČR	<input checked="" type="checkbox"/>	Soukromoprávní subjekt	100%
Město	Plzeň	<input checked="" type="checkbox"/>	Obecně prospěšná společnost	<input checked="" type="checkbox"/>

## 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	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	ne
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 (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)	15.09.2003
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.):

nemocnice

Počet lůžek	186	Průměrná denní obsazenost lůžek v %	63%
-------------	-----	-------------------------------------	-----

	ANO / NE		
Lékárny (ano / ne)	ano	V případě, že ANO uveďte, prosím, počet osob pro lékárnu činných:	4

	ANO / NE
Uveďte, zda provozujete lékárnu s vlastní přípravou léků:	ano
Jednotky intenzivní péče?	ano
Používají se při výkonu zdravotní péče zdroje radioaktivního záření?	ne

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

Provozujete poradenskou činnost?	ano
----------------------------------	-----

V případě, že ANO upřesněte: nutriční terapeut, péče o chronické rány

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?	max.50 let	Jakou formou?	elektronicky, papírově
-------------	------------	---------------	------------------------

Dále uveďte % rozdělení pacientů přijímaných na jednotlivá oddělení

Oddělení	%	Oddělení	%
Ambulance		Psychiatrie	0%
JIP	5%	Onkologie	0%
Interna	39%	Gynekologie	12%
Traumatologie	0%	Geriatric	9%
Psychiatrie	0%	Pediatric	0%
Jiné	35%	Uveďte konkrétně:	chirurgie, ortopedie

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	44
Počet odborných zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry, apod.)	239
<b>Celkem</b>	<b>334</b>

### 4. Hrubý obrat

Vaše celkové roční příjmy, které jsou předmětem daně z příjmů v předchozím kalendářním roce	524 103 573 Kč
U zdravotnických zařízení, zřízených jako rozpočtové / příspěvkové organizace, výnosy z činnosti a poskytnuté dotace	0 Kč

### 5. Základní údaje k pojištění obecné odpovědnosti

Počet budov	1
Typ konstrukce	zděná
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:

čekárny, sociální zařízení, klimatizace, rozvodny, předávací stanice teplé vody

Máte havarijný 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:

vedoucí provozu - středoškolské vzdělání

### 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
1.1.-31.12.2025	01.01.2021	viz příloha	viz příloha	viz příloha - 480 tis./rok	Allianz
Rozsah pojištění	viz příloha				

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?

.....

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?

.....

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?

.....

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

*AW*

## 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, jasné 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: 29.08.2025

Vyplnil: Jana Vokáčová

Razítko a podpis:

**Stodská nemocnice, a.s.**

Hradecká 600

333 01 Stod

T: 377 193 612

IČO: 26361086 / DIČ: CZ26361086



®