

FORMULÁŘ PRO VYKAZOVÁNÍ POTŘEBNÝCH ÚDAJŮ DO CLEARINGOVÉHO CENTRA

(pravidelné očkování hrazené z v.z.p., netýká se nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování, které není hrazené z v.z.p.)

Údaje o poskytovateli zdravotních služeb

2-IČP

(Identifikační číslo pracoviště)

1-Název / jméno

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sledované období

4-Začátek sledovaného období

5-Konec sledovaného období

den	měsíc	rok
0	1	0
1	2	0
0	1	9

den	měsíc	rok
3	0	0
6	2	0
1	9	

3-IČO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Údaje o očkovacích látkách (OL)

Název OL

Kód SÚKL OL

6-Počet OL na skladě ke dni 01.01.2019

7-Počet OL na skladě ke dni 30.6.2019

8-Počet OL znehodnocených *

Název OL	Kód SÚKL OL	6-Počet OL na skladě ke dni 01.01.2019	7-Počet OL na skladě ke dni 30.6.2019	8-Počet OL znehodnocených *
VACTETA	0 2 0 8 5 7 5			
HEXACIMA	0 1 9 4 1 9 1			
BOOSTRIX	0 1 2 0 1 0 2			
BOOSTRIX POLIO	0 1 2 0 1 1 2			
PRIORIX	0 0 5 7 5 2 1			
PREVENAR 13	0 1 4 9 8 6 8			
ENGERIX-B 10 MCG	0 1 0 3 0 7 0			
FENDRIX	0 0 2 8 3 9 9			
INFARIX	0 0 3 2 8 6 5			
HIBERIX	0 0 5 4 2 2 7			
ADACEL	0 2 1 1 8 1 4			
IMOVAX POLIO	0 1 0 0 2 2 4			
BCG 10 ANTI-TUBER VACCINE	9 9 9 9 9 1 1			
INFARIX HEXA	0 0 2 5 6 4 6			
TETAVAX	0 0 8 3 4 4 3			
ENGERIX-B 20 MCG	0 1 3 3 0 7 3			
BCG VACCINE -FREEZE-DRIED	9 9 9 9 9 1 6			
M-M-RVAXPRO	0 0 2 6 1 5 1			

Datum

				2	0	1	9
--	--	--	--	---	---	---	---

Otisk razítka**

Podpis**

Pokyny k vyplnění

- 1-3 Vyplňte název, IČP (Identifikační číslo pracoviště) a IČO poskytovatele zdr. služeb.
- 4-5 Sledovaným obdobím je 1. pololetí roku 2019 (01.01.2019 - 30.06.2019).
- 6 Napište počet kusů (dávek) OL, které jste měli skladem k 1.1.2019.
- 7 Napište počet kusů (dávek) OL, které máte skladem k 30.6.2019
- 8 Napište počet znehodnocených kusů příslušné OL v období od 1.1.2019 do 30.6.2019.

1 kus OL = 1 dávka OL / předplněná injekční stříkačka s OL

Telefonické dotazy: AVENIER - 800 11 22 33 , KZP - 236 033 426, 236 033 424

Vyplněný formulář doručit nejpozději do 30.1.2019 do Clearingového centra:

- a) odeslat na adresu: **Kancelář zdravotního pojištění z.s. - CC** b) na email: **ockovani@kancelarzp.cz**
Nám.W.Churchilla 2
130 00 Praha 3

* např. očkovací látky rozbité, znehodnocené krví při aplikaci, nepoužitelné z důvodů zásahu vyšší moci, zlikvidované z důvodu závady nebo vrácené distributorovi

** určeno pro poskytovatele zdr. služeb, kteří posílají hlášení v listinné podobě