

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

1-Název / jméno

2-IČP

(Identifikační číslo pracoviště)

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

Sledované období

4-Začátek sledovaného období

den	měsíc	rok
0	1	0
7	2	0
2	2	1

5-Konec sledovaného období

den	měsíc	rok
3	1	1
2	2	0
2	2	1

3-IČO

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

Údaje o očkovacích látkách (OL)

Název OL

Kód SÚKL OL

6-Počet OL na skladě ke dni 01.07.2021

7-Počet OL na skladě ke dni 31.12.2021

8-Počet OL znehodnocených *

VACTETA	0 2 0 8 5 7 5			
TETAVAX	0 0 8 3 4 4 3			
HEXACIMA	0 1 9 4 1 9 1			
INFARIX HEXA	0 0 2 5 6 4 6			
INFARIX HEXA	0 0 2 5 6 4 2			
PRIORIX	0 0 5 7 5 2 1			
ADACEL	0 2 1 1 8 1 4			
ENGERIX-B 10 MCG	0 1 0 3 0 7 0			
ENGERIX-B 20 MCG	0 1 3 3 0 7 3			
BOOSTRIX	0 1 2 0 1 0 2			
BOOSTRIX POLIO	0 1 2 0 1 1 2			
PREVENAR 13	0 1 4 9 8 6 8			
INFARIX	0 0 3 2 8 6 5			
M-M-RVAXPRO	0 0 2 6 1 5 1			
IMOVAX POLIO	0 1 0 0 2 2 4			
HIBERIX	0 0 5 4 2 2 7			
FENDRIX	0 0 2 8 3 9 9			
BCG 10 ANTI-TUBER VACCINE	9 9 9 9 9 1 1			
HIBERIX	0 0 5 4 2 2 7			

Datum

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

Podpis**

Otisk razítka**

Pokyny k vyplnění

1-3 Vyplňte název, IČP (Identifikační číslo pracoviště) a IČO poskytovatele zdr. služeb.

4-5 Sledovaným obdobím je 2. pololetí roku 2021 (01.07.2021 - 31.12.2021).

6-7 Napište počet kusů (dávek) OL, které jste měli skladem k 1.7.2021 resp. k 31.12.2021.

8 Napište počet znehodnocených kusů příslušné OL v období od 1.7.2021 do 31.12.2021.

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 30.1.2022 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