

## ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB

(uzatvorená v súlade s ust. § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. O zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov („ZoZS“) („Dohoda“)

Medzi

### **Klinika impedančnej terapie s. r. o.**

so sídlom: Karpatská 3256/15, Poprad 058 01

IČO: 51338459

zapísaná v: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I., oddiel: Sro, vložka č.

126148/B

e-mail: [kitklinika@gmail.com](mailto:kitklinika@gmail.com)

zastúpená konateľmi: Bc. Paulina Chripkova, Bc. Zuzana Mašurova, Bc. Daniel Vrabel

**Prevádzka:** Šancová 110, 831 04 Bratislava - Neurologické a fyzioterapeutické SVALZ-y

(„**Poskytovateľ**“)

a

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Rodné číslo: .....

Bydlisko: .....

Zdravotná poisťovňa: .....

email: .....

tel. č.: .....

meno a priezvisko zákonného

zástupcu/opatrovníka: .....

(„**Pacient**“)

### **VZHLÁDOM K TOMU, ŽE:**

- (A) Poskytovateľ je právnickou osobou, ktorá je v súlade s právnym poriadkom Slovenskej republiky oprávnená poskytovať zdravotné služby, vrátane služby impedančnou terapiou;
- (B) Pacient je fyzickou osobou, ktorá má záujem o poskytovanie zdravotných služieb zo strany Poskytovateľa;

## 1. PREDMET ZMLUVY

- 1.1 Poskytovateľ sa zaväzuje za podmienok stanovených touto zmluvou poskytovať Pacientovi zdravotné služby v zmysle zákona č.576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (zákon o zdravotných službách), v znení neskorších predpisov, vrátane služby impedančnou terapiou, a s tým súvisiaci komplexný manažment Pacienta podľa jeho diagnostických potrieb („Zdravotné služby“).
- 1.2 Pacient sa zaväzuje za poskytovanie Zdravotných služieb podľa tejto zmluvy hradiť Poskytovateľovi odmenu podľa cenníka, ktorý tvorí prílohu č. 1 tejto zmluvy („Cenník“).
- 1.3 Pacient potvrdzuje svoju vedomosť o tom, že Zdravotné služby poskytované Poskytovateľom v súlade s touto zmluvou predstavujú výlučne zdravotné služby, ktoré nebudú hrazené z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

## 2. POSKYTOVANIE ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB

- 2.1 Pacient je povinný pred začiatkom poskytovania Zdravotných služieb:
  - a) vyplniť dotazník týkajúci sa zdravotného stavu a liečby Pacienta, ktorý tvorí prílohu č. 2 tejto zmluvy („Dotazník zdravotného stavu a liečby“);
  - b) vyplniť dotazník bolesti, ktorý tvorí prílohu č. 3 tejto zmluvy („Dotazník bolesti“);
  - c) podstúpiť magnetickú rezonanciu chrbtice, resp. tej jej časti, ktorá je postihnutá zdravotnými ťažkosťami, ktoré majú byť zo strany Poskytovateľa liečené vyšetrovacím protokolom – SAG T2, 3D space 1 mm, TRA T2w 3D space 1 mm;
  - d) podstúpiť vyšetrenie krvi podľa určenia Poskytovateľa;
  - e) podstúpiť meranie vodivosti kožného krytu (meranie impedancie kože) prostredníctvom spätnoväzbovej reakcie organizmu na špecifický elektrický impulz (SEI) v počte od 3 (troch) do 6 (šiestich) meraní;
  - f) podstúpiť prípadné iné vyšetrenia potrebné pre jednoznačné stanovenie diagnózy Pacienta zo strany Poskytovateľa.
- 2.2 Na základe vyšetrenia podľa ods. 2.1 Poskytovateľ rozhodne o tom, či budú Pacientovi poskytnuté Zdravotné služby:
  - a) s impedančnou terapiou, pričom v takom prípade bude Pacient zaradený do rehabilitačného plánu podľa prílohy č. 4 tejto zmluvy ("**Rehabilitačný plán**"), alebo
  - b) bez impedančnej terapie z dôvodov kontraindikácií, pričom v takom prípade vyhotoví Poskytovateľ pre Pacienta individuálny rehabilitačno-liečebný plán podľa prílohy č. 5 tejto zmluvy ("**Rehabilitačno-liečebný plán**")
- 2.3 Pacient je povinný v priebehu poskytovania Zdravotných služieb podstúpiť na základe pokynu Poskytovateľa nasledujúce kontrolné vyšetrenia, a to:
  - a) magnetickú rezonanciu chrbtice, resp. tej jej časti, ktorá je postihnutá zdravotnými ťažkosťami, ktoré sú zo strany Poskytovateľa liečené, pričom:
    - i) pokiaľ je Pacient zaradený do rehabilitačného plánu, je Pacient povinný toto vyšetrenie podstúpiť po približne štyroch (4) mesiacoch poskytovania Zdravotných služieb v rámci 1. bloku impedančnej terapie podľa rehabilitačného plánu (presný čas kontrolného vyšetrenia určí Poskytovateľ), a ďalej potom po ukončení každého terapeutického bloku a pred začiatkom bloku nového, ak nebude medzi Poskytovateľom a Pacientom dohodnuté inak; ak terapeutické bloky nasledujú bezprostredne za sebou bez časovej pauzy (maximálne 1 mesiac), je možné vyšetrenie na konci jedného terapeutického bloku a pred ďalším terapeutickým blokom zlúčiť;
    - ii) ak bol pre Pacienta vyhotovený Rehabilitačno-liečebný plán, je Pacient povinný toto vyšetrenie podstúpiť v termínoch podľa určenia Poskytovateľa;
  - b) vyšetrenia krvi v termínoch podľa určenia Poskytovateľa;
  - c) merania krvného laktátu z kapilárnej krvi tela Pacienta v termínoch podľa určenia Poskytovateľa;
  - d) iné vyšetrenia potrebné pre poskytovanie Zdravotných služieb zo strany Poskytovateľa.

- 2.4 Pacient berie na vedomie, že vyšetrenia podľa ods. 2.1 písm. c, d) a f) a ods. 2.3 písm. a), b) a d) neprebehnú u Poskytovateľa, ale u iného poskytovateľa zdravotných služieb na základe tzv. žiadanky vystavenej Poskytovateľom. Náklady za vykonanie týchto vyšetrení nie sú súčasťou odmeny Poskytovateľa tejto zmluvy a nemusia byť hrazené z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.
- 2.5 O každej poskytnutej Zdravotnej službe bude vystavené Potvrdenie o prevzatí Zdravotných služieb - dodací list ("**Potvrdenie**"), ktoré je Pacient povinný podpísať. Bezdôvodné odmietnutie podpisu Potvrdenia zo strany Pacienta sa považuje za potvrdenie prijatia Zdravotných služieb. Potvrdenie v elektronickej podobe Poskytovateľ zašle na e-mailovú adresu Pacienta uvedenú v záhlaví tejto zmluvy, pričom ak o to Pacient požiada, odovzdá mu Poskytovateľ tiež kópiu Potvrdenia v listinnej podobe.
- 2.6 Poskytovateľ poskytuje Pacientovi Zdravotné služby okrem iného aj na objednávku v konkrétnom vopred dohodnutom termíne. Vopred dohodnutý termín poskytnutia Zdravotných služieb je pre zmluvné strany záväzný. Ak sa Pacient nemôže dostaviť na vopred dohodnutý termín poskytnutia Zdravotných služieb, je povinný o tejto skutočnosti okamžite informovať Poskytovateľa, najneskôr však päť (5) hodín pred dohodnutým termínom poskytnutia Zdravotných služieb.
- 2.7 Poskytovateľ vypracuje pre Pacienta správu o poskytnutých Zdravotných službách poskytnutých Pacientovi:
- a) pred zaradením Pacienta do rehabilitačného plánu alebo Rehabilitačno-liečebného plánu;
  - b) v prípade zaradenia Pacienta do rehabilitačného plánu pri prechode z jedného terapeutického bloku do ďalšieho terapeutického bloku, prípadne častejšie, ak tak Poskytovateľ uzná za vhodné;
  - c) v prípade vyhotovenia Rehabilitačno-liečebného plánu pre Pacienta v termínoch podľa uváženia Poskytovateľa;
- a pošle ju na e-mailovú adresu Pacienta uvedenú v záhlaví tejto zmluvy.
- 2.8 V prípade zaradenia Pacienta do rehabilitačného plánu je podmienkou začatia 2. a 3. bloku impedančnej terapie:
- a) vyhotovenie 3D vizualizácie a 3D modelu časti chrbtice, ktorá je postihnutá zdravotnými ťažkosťami, ktoré sú zo strany Poskytovateľa liečené, a to na základe výsledkov magnetickej rezonancie vykonanej podľa ods. 2.3 písm. a) tejto zmluvy; a
  - b) vyhotovenie komparatívnej správy po ukončení predchádzajúceho bloku, pričom neoddeliteľnou súčasťou komparatívnej správy bude hodnotenie úrovne regenerácie Pacienta na základe výsledkov magnetickej rezonancie vykonanej podľa ods. 2.3 písm. a) tejto zmluvy a na základe vyhotovenej vizualizácie postihnutej časti chrbtice Pacienta podľa ods. 2.8 písm. a) tejto zmluvy;
- oboje zo strany Poskytovateľa na základe objednávky Pacienta.
- 2.9 Pacient berie na vedomie, že na základe poskytnutia Zdravotných služieb nemusí dosiahnuť želaný výsledok, ktorým je v prípade liečby medzistavcových platničiek ozdravenie platničiek Pacienta postihnutých degeneratívnym ochorením, a tým aj odstránenie súvisiacich bolestí a obmedzení pohybového aparátu Pacienta, ako aj iných prípadných príznakov, a v tejto súvislosti prehlasuje, že mu toto bolo zo strany Poskytovateľa zrozumiteľne a v dostatočnom rozsahu vysvetlené vrátane štatistiky úspešnosti liečby.

### **3. ODMENA**

- 3.1 Výška odmeny za jednotlivé Zdravotné služby či súvisiace úkony je uvedená v Cenníku. Odmena je splatná na základe faktúry vystavenej Poskytovateľom na základe Potvrdenia, a to podľa uváženia Poskytovateľa po poskytnutí jednotlivej Zdravotnej služby či súhrnne za všetky Zdravotné služby poskytnuté Pacientovi v jednom kalendárnom mesiaci.
- 3.2 Poskytovateľ je oprávnený požadovať od Pacienta pred začatím poskytovania Zdravotných služieb zálohu na odmenu, a to až do výšky 50% z predpokladanej výšky odmeny, ktorá Poskytovateľovi za danú Zdravotnú službu podľa Cenníka patrí. Záloha je splatná na základe zálohovej faktúry vystavenej Poskytovateľom s tým, že do jej uhradenia nie je Poskytovateľ povinný poskytnúť Pacientovi Zdravotnú službu, ku ktorej sa vzťahuje záloha. Odmena za poskytnuté Zdravotné služby bude znížená o zaplatenú zálohu.

- 3.3 Faktúry a zálohové faktúry vystavené Poskytovateľom na základe tejto zmluvy budú mať náležitosti daňového dokladu. Poskytovateľ faktúry vystaví a elektronicky zašle na e-mailovú adresu Pacienta uvedenú v záhlaví tejto zmluvy, pričom Pacient so zasielaním faktúr v elektronickej podobe súhlasí. Faktúry budú splatné 15. deň po ich vystavení s tým, že Poskytovateľ sa zaväzuje zaslať faktúry Pacientovi najneskôr 5. deň po ich vystavení.
- 3.4 Zmluvné strany sa dohodli, že Poskytovateľ je oprávnený jednostranne zmeniť Cenník. V prípade, že tak bude chcieť Poskytovateľ urobiť, je povinný na e-mailovú adresu Pacienta uvedenú v záhlaví tejto zmluvy zaslať príslušné oznámenie, ktorého súčasťou bude nový Cenník, a teda aj navrhované nové znenie prílohy č. 1 tejto zmluvy, a to aspoň 30 dní pred účinnosťou nového cenníka. V prípade, že Pacient nebude súhlasiť so zmenou Cenníka podľa návrhu Poskytovateľa, je oprávnený túto zmluvu vypovedať, a to za podmienok podľa ods. 6.2 písm. d). V prípade, že tak Pacient neurobí, má sa za to, že zmenu Cenníka akceptoval.

#### **4. POVINNOSTI ZMLUVNÝCH STRÁN**

##### **4.1 Pacient je povinný:**

- a) podľa svojho najlepšieho vedomia poskytnúť Poskytovateľovi v rámci Dotazníka zdravotného stavu a liečby pravdivé a úplné informácie o svojom zdravotnom stave a bez zbytočného odkladu informovať Poskytovateľa o prípadných zmenách zdravotného stavu Pacienta a iných údajov uvedených v Dotazníku zdravotného stavu a liečby, ku ktorým došlo po vyplnení Dotazníka zdravotného stavu a liečby;
- b) poskytnúť Poskytovateľovi súčinnosť nutnú podľa rozumného očakávania k tomu, aby Poskytovateľ mohol plniť svoje povinnosti podľa tejto zmluvy.

##### **4.2 Poskytovateľ je povinný:**

- a) dodržiavať všetky povinnosti, ktoré sa naň vzťahujú ako na poskytovateľa zdravotných služieb;
- b) zachovávať mlčanlivosť o zdravotnom stave Pacienta;
- c) zabezpečiť ochranu dôstojnosti Pacienta a jeho telesnú a duševnú integritu;
- d) zrozumiteľne vysvetliť Pacientovi akékoľvek zamýšľané vyšetrenia a navrhované Zdravotné služby a po testoch vysvetliť Pacientovi jeho zdravotný stav a ďalší navrhovaný postup tak, aby Pacient pochopil svoj zdravotný stav, spôsob, účel a nevyhnutnosť Zdravotných služieb vrátane očakávaných následkov a možných nebezpečenstiev pre Pacientove zdravie, ako aj to, či prichádza do úvahy aj prípadná iná zdravotná služba, ibaže dá Pacient zreteľne najavo, že si vysvetlenie nepraje;
- e) viesť záznamy o Zdravotných službách, z ktorých musia byť zrejmé údaje o zdravotnom stave Pacienta a o činnosti Poskytovateľa, vrátane podkladov preukazujúcich správnosť týchto údajov, v rozsahu potrebnom na poskytovanie riadnej starostlivosti o zdravie Pacienta;
- f) na žiadosť Pacienta umožniť Pacientovi bez zbytočného odkladu nahliadnuť do záznamu o Zdravotných službách a umožniť mu robiť si výpisy, odpisy alebo kópie.

#### **5. SANKČNÉ DOJEDNANIA**

- 5.1 Ak sa Pacient nedostaví na vopred dohodnutý termín poskytnutia Zdravotných služieb podľa ods. 2.6, bez toho ho zrušil aspoň päť (5) hodín vopred, je povinný zaplatiť Poskytovateľovi zmluvnú pokutu podľa Cenníka. Zmluvná pokuta bude Pacientovi vyúčtovaná v najbližšej faktúre za poskytnutie Zdravotných služieb, prípadne samostatne, a to podľa uváženia Poskytovateľa.
- 5.2 V prípade omeškania Pacienta s úhradou akejkolvek čiastky je Pacient povinný platiť Poskytovateľovi úrok z omeškania vo výške 0,1% z dlžnej sumy za každý deň omeškania.

#### **6. TRVANIE A ZÁNİK ZMLUVY**

6.1 Táto zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.

6.2 Táto zmluva zaniká:

- a) písomnou dohodou zmluvných strán;
- b) smrťou Pacienta;
- c) zánikom Poskytovateľa bez právneho nástupcu;

- d) výpoveďou zmluvy zo strany Pacienta v prípade, že v súlade s oznámením Poskytovateľa podľa ods. 3.4 tejto zmluvy má dôjsť k zmene Cenníka, s ktorou nebude Pacient súhlasiť; v takom prípade je Pacient oprávnený vypovedať túto zmluvu do 14 dní odo dňa, kedy mu bude zo strany Poskytovateľa zaslané oznámenie o zmene Cenníka podľa ods. 3.4 tejto zmluvy; výpoveď je v takomto prípade účinná ku dňu, kedy mal podľa oznámenia Poskytovateľa nadobudnúť nový Cenník účinnosť;
- e) výpoveďou zmluvy zo strany Poskytovateľa v prípade, že Pacient odmietne podstúpiť akékoľvek vyšetrenie podľa ods. 2.1 a / alebo 2.3 tejto zmluvy s tým, že výpoveď je účinná od okamihu jej doručenia Pacientovi;
- f) výpoveďou zmluvy zo strany poskytovateľa či Pacienta bez uvedenia dôvodu s tým, že výpovedná doba je 3 mesiace odo dňa doručenia príslušného oznámenia druhej zmluvnej strane.

## **7. OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV**

- 7.1 Poskytovateľ ako správca spracováva osobné údaje Pacienta, a to na účely (i) poskytovanie zdravotných služieb, (ii) vedenie zdravotnej dokumentácie, (iii) vykazovanie zdravotníckych služieb a prenosu informácií, najmä zdravotným poisťovniam, národným registrom a pod., (iv) prevádzkovanie klinickej a experimentálnej vedecko-výskumnej činnosti a (v) ochrany oprávnených záujmov Poskytovateľa, ktorými môžu byť uplatňovanie práv z tejto zmluvy alebo v súvislosti s ňou. Príjemcom osobných údajov Pacienta môže byť ďalej zdravotná poisťovňa pri vykazovaní hradenej zdravotnej starostlivosti a iní poskytovatelia zdravotníckych služieb (ďalší lekári Pacienta pod.). tj. spravidla po dobu 5 rokov od poslednej návštevy (v prípade ambulantnej starostlivosti) a ochranu Osobné údaje budú spracovávané po dobu nutnú pre plnenie povinností k vedeniu zdravotnej dokumentácie, tj. spravidla po dobu 5 rokov od poslednej návštevy (v prípade ambulantnej starostlivosti) a ochranu oprávnených záujmov Poskytovateľa.
- 7.2 Dotknutá osoba má právo namietať proti spracovaniu svojich osobných údajov. Ďalej má právo
  - požadovať od Poskytovateľa prístup k svojim osobným údajom,
  - požadovať opravu, vymazanie, prípadne obmedzenie spracovania svojich osobných údajov,
  - na prenosnosť svojich osobných údajov a
  - podať sťažnosť u správcu alebo na Úrade na ochranu osobných údajov ([www.https://dataprotection.gov.sk](https://dataprotection.gov.sk)).
- 7.3 Kontaktné údaje na Poskytovateľa sú uvedené v záhlaví tejto zmluvy.

## **8. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA**

- 8.1 Táto zmluva nadobúda platnosť a účinnosť dňom jej podpisu oboma zmluvnými stranami.
- 8.2 Ak niektoré ustanovenie tejto zmluvy bude alebo sa stane zdanlivým, protiprávnym, neplatným alebo nevykonateľným, nebude tým dotknutá ani oslabená platnosť a vymáhateľnosť ostatných ustanovení tejto zmluvy. Zmluvné strany sa zaväzujú, že v takomto prípade uzavrú dodatok k tejto zmluve, na základe ktorého bude také zdanlivé, neplatné alebo nevymáhateľné ustanovenie tejto zmluvy nahradené ustanovením, ktoré (i) najlepšie vedie k dosiahnutiu pôvodného obchodného zámeru zmluvných strán, a (ii) je zákonné, platné a vymáhateľné.
- 8.3 Táto zmluva obsahuje úplnú dohodu zmluvných strán ohľadne predmetu tejto zmluvy a nahrádza všetky predchádzajúce dojednania zmluvných strán v tejto veci.
- 8.4 Túto zmluvu je možné meniť a dopĺňať len dodatkami v písomnej forme.
- 8.5 Všetky písomnosti súvisiace s touto zmluvou sa doručujú písomne a / alebo elektronicky na adresy uvedené v záhlaví tejto zmluvy, prípadne na inú adresu oznámenú príslušnou zmluvnou stranou písomne alebo e-mailom.
- 8.6 Žiadna zo zmluvných strán nie je oprávnená započítať svoju pohľadávku proti pohľadávke druhej zmluvnej strany podľa tejto zmluvy.
- 8.7 Žiadna zo zmluvných strán nie je oprávnená postúpiť ani previesť túto zmluvou, akúkoľvek jej časť ani jednotlivé práva alebo povinnosti z nej vyplývajúce.
- 8.8 Neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy tvoria nasledujúce prílohy:
  - Príloha č. 1 - Cenník zdravotných služieb
  - Príloha č. 2 - Dotazník zdravotného stavu a liečby

- Príloha č. 3 - Dotazník bolesti
- Príloha č. 4 - Rehabilitačný plán
- Príloha č. 5 - Rehabilitačno-liečebný plán

8.9 Táto zmluva je vyhotovená v dvoch vyhotoveniach, z ktorých každá zo zmluvných strán obdrží po jednom.

NA DÔKAZ TOHO PRIPÁJAJÚ ZMLUVNÉ STRANY SVOJE PODPISY

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Bc. Paulina Chripkova**  
konateľ Kliniky impedančnej terapie s.r.o.

\_\_\_\_\_  
**Pacient**

\_\_\_\_\_  
**Bc. Zuzana Mašurova**  
konateľ Kliniky impedančnej terapie s.r.o.

\_\_\_\_\_  
**Bc. Daniel Vrabel**  
konateľ Kliniky impedančnej terapie s.r.o.

## Príloha č. 1

### Cenník zdravotných služieb - balíček VIP

1 impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 1. blok	250 EUR / 90 až 120 min.
1 impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 2. blok	220 EUR / 90 až 120 min.
1 impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 3. blok	150 EUR / 90 až 120 min.
konzultácia ohľadom vyšetrovacích alebo rehabilitačných postupov lekárom	50 EUR / každá začatá polhodina
manažment pacienta v zdravotnej starostlivosti	50 EUR / každá začatá polhodina
lekárske konzílium	50 EUR
vypracovanie lekárskej správy	V cene
Predpis a dodanie liečiv	V cene
porovnanie MR vyšetrení rádiológmi s medicínskym nálezom	100 EUR
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie alebo CT	40 EUR / každá začatá hodina
3D farebná tlač prachová podľa vytvoreného dátového modelu	6 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
3D farebná tlač plastová podľa vytvoreného dátového modelu	4 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
nájom myostimulačného prístroja	250 EUR / mesiac
služby odborného fyzioterapeuta pre neurológiu vrátane konzultácie	60 EUR / 60 min.
komparatívna správa	200 EUR
meranie laktátu jednorazové	10 EUR/ odber
meranie laktátu záťažové	35 EUR / 5 odberov
aeróbne testovanie	45 EUR / každá začatá polhodina
spracovanie protokolu z testovania	60 EUR / 60 minút
meranie vodivosti kožného krytu (meranie impedancie kože)	190 EUR
prezentácia metódy impedančnej terapie mimo pracoviska	50 EUR / hodina
cestovné náklady do 50 km	0,50 EUR / km
cestovné náklady do 150 km	1 EUR / km

#### Pokuty

neúčast' na vopred dohodnutom termíne poskytovania Zdravotných služieb bez jeho predchádzajúceho zrušenia najmenej 5 hodín vopred	100 EUR
---	---------

**Zľavy**

pri pravidelnej terapii podľa rehabilitačného plánu v 1. bloku impedančnej terapie	
4-6 terapií	1 000 EUR / mesiac
7-9 terapií	1 300 EUR / mesiac
maximálna suma za poskytnuté služby (neplatí pre služby poskytované tretími stranami, napr. MRI, odbery, iné vyšetrenie)	1 399 EUR / mesiac
pri podpise Zmluvy o poskytovaní zdravotných služieb Vám uplatníme zľavu	10 %

Zľavy je možné kombinovať.

Cenník platný od 1. augusta 2020.

Cenník je určený pre pacientov od 18 do 65 rokov vrátane.

Poskytovateľ: Klinika impedančnej terapie s.r.o.

Svojim podpisom prehlasujem a potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s výškou odmeny za Zdravotné služby poskytované Poskytovateľom na základe Zmluvy o poskytovaní zdravotných služieb.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Pacient**



## Cenník zdravotných služieb - balík Public

paušálna platba podľa Rehabilitačného plánu 1. blok (4-6 terapií)	750 EUR / v poradí 1. mesiac 650 EUR / každý ďalší mesiac
paušálna platba podľa Rehabilitačného plánu 2. blok (3-5 terapií)	550 EUR / mesiac
paušálna platba podľa Rehabilitačného plánu 3. blok (3-5 terapií)	450 EUR / mesiac
každá ďalšia terapia nad rámec paušálu	125 EUR / 90 až 120 min.
konzultácie ohľadom vyšetrovacích alebo rehabilitačných postupov lekárom	50 EUR / každá začatá polhodina
manažment pacienta v zdravotnej starostlivosti	50 EUR / každá začatá polhodina
Vypracovanie medicínskej správy	V cene
Predpis liečiv	V cene
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie alebo CT	40 EUR / každá začatá hodina
3D farebná tlač prachová podľa vytvoreného dátového modelu	6 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
3D farebná tlač plastová podľa vytvoreného dátového modelu	4 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
nájom myostimulačného prístroja	250 EUR / mesiac
služby odborného fyzioterapeuta pre neurológiu vrátane konzultácie	60 EUR / 60 min.
komparatívna správa	200 EUR
meranie laktátu jednorazové	10 EUR / odber
meranie laktátu záťažové	35 EUR / 5 odberov
aeróbne testovanie	45 EUR / každá začatá polhodina
spracovanie protokolu z testovania	60 EUR / 60 minút
meranie vodivosti kožného krytu (meranie impedancie kože)	150 EUR
prezentácia metódy impedančné terapie mimo pracoviska	50 EUR / hodina
cestovné náklady do 50 km	0,50 EUR / km
cestovné náklady do 150 km	10 EUR / km

### Pokuty

neúčast' na vopred dohodnutom termíne poskytovania regeneračných služieb bez jeho predchádzajúceho zrušenia najmenej 48 hodín vopred	100 EUR
--	---------

### Zľavy

pri podpise Zmluvy o poskytovaní zdravotných služieb Vám uplatníme zľavu	5 %
maximálna suma za poskytnuté služby (neplatí pre služby poskytované tretími stranami, napr. MRI, odbery, iné vyšetrenie)	999 EUR / mesiac

Zľavy je možné kombinovať.

Cenník platný od 1. augusta 2020.

Cenník je určený pro pacientov do 18 rokov a nad 65 rokov.

Poskytovateľ: Klinika impedančnej terapie s.r.o.

Svojim podpisom prehlasujem a potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s výškou odmeny za Zdravotné služby poskytované Poskytovateľom na základe Zmluvy o poskytovaní zdravotných služieb.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

---

**Pacient**

## Príloha č. 2

### Dotazník zdravotného stavu a liečby

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Rodné číslo: .....

Bydlisko: .....

Zdravotná poisťovňa: .....

email: .....

tel. č.: .....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu/opatrovníka: .....

#### RODINNÁ ANAMNÉZA

(označte príslušné políčko)

##### Členovia rodiny:

otec:                                      žije                      zomrel

lieči sa na: .....

matka:                                      žije                      zomrela

lieči sa na: .....

súrodenci:                                  nemám                  mám                  počet: .....

děti:    nemám                  mám                  počet: .....

Ak niekto z vyššie uvedených členov Vašej rodiny už zomrel, uveďte kto, v akom veku a čo bolo príčinou jeho / jej smrti:

.....

.....

.....



Čo z nižšie uvedeného vystihuje Vaše zamestnanie?

fyzicky namáhavé:

stresové:

pod vplyvom škodlivín:

sedavé:

### ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Trpíte niektorou z nižšie uvedených druhov alergií?

**lieková alergia:** pokiaľ áno, na aké lieky?

.....

.....

senná nádcha:

alergia na prach:

alergia na peľ:

alergia na roztoče:

potravinová alergia:

alergia na kontrastné látky:

iná alergia: aká?

.....

.....

Ak ste uviedli, že trpíte niektorou z vyššie uvedených druhov alergie, popíšte aký máte druh a typ alergickej reakcie (svrbenie, edém, anafylaktický šok) a kedy a za akých okolností naposledy nastala:

.....

.....

.....

## OSOBNÁ ANAMNÉZA

osobné návyky

fajčíte?

nie      áno

pijete kávu?

nie      áno

Ak ste na niektoré z vyššie uvedeného odpovedali áno, napíšte prosím od kedy a ako často:

.....

.....

.....

Prosím vymenujte všetky závažné ochorenia, ktoré ste v živote prekonali a v ktorom veku:

.....

.....

.....

.....

Prekonali ste niekedy alebo trpíte niektorým z nižšie uvedených ochorení?

ischemická choroba srdca:

bolesti na hrudi:

infarkt myokardu:

cievna mozgová príhoda:

hypertenzia:

cukrovka:

nádorové ochorenie:

tuberkulóza:

infekčná hepatitída:

neurologické ochorenie:

psychiatrické ochorenie:

Prosím vymenujte všetky lieky a výživové doplnky, ktoré pravidelne / nepravidelne / občasne užívate:

.....

.....

.....

Prosím vymenujte všetky návykové látky, ktoré pravidelne užívate alebo ste užili v posledných 12 mesiacoch:

.....

.....

.....

.....

### **AKTUÁLNE OCHORENIA**

Trpíte v tejto dobe nejakým ochorením alebo máte nejaké problémy? Opíšte ich.

.....

.....

.....

.....

Uvedte, na aké choroby sa v súčasnosti liečite alebo ste sa v minulosti liečili.

.....

.....

.....

.....

Chronologicky opíšte svoje problémy, ktoré Vás viedli k návšteve tohto lekára:

.....

.....

.....  
.....  
.....  
.....

Aktuálny zdravotný stav - výsledky dostupných vyšetrení pred poskytnutím zdravotných služieb (vypĺňa lekár):

.....  
.....  
.....

Vyšetrení krvi zo dňa ..... (vypĺňa lekár):

KO:.....

MT:.....

FW:.....

CHOL:.....

TGG:.....

HDL:.....

LDL:.....

Výsledok poslednej magnetickej rezonancie zo dňa ..... (vypĺňa lekár):

.....  
.....  
.....  
.....



.....  
.....  
.....

Výsledok posledného CT zo dňa ..... (**vypĺňa lekár**):

.....  
.....  
.....  
.....

Svojim podpisom prehlasujem a potvrdzujem, že som tento osobný dotazník (anamnézu) vyplnil/a pravdivo, nie zavádzajúcim spôsobom a nezatajil/a som žiadne vážnejšie ochorenie, s ktorým sa liečim alebo som sa v minulosti liečil/a alebo ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Pacient**

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**meno lekára**

## Príloha č. 3

### Dotazník bolesti

#### • Analýza bolesti

**Pred začiatkom sledovania pacienta je dôležitá edukácia o vyjadrení aktuálneho bolestivého stavu v slovnej a v číselnej podobe od 0 po 10. Je to dôležité pre jednoznačné definovanie v podobe NW kodu vs NWP.**

Charakter vnímanej bolesti / popis / príklad	
1. šklbavá, búšivá	búšivé, keď cítite, ako keby vám bil tep na mieste, kde ste to predtým necítili, šklbavá ako keby vám niekto ťahal kožu a mierne vás štípal (Neuralgia n. trigeminus)
2. vystreľujúca	cítite, že bolesť nie je rovnako intenzívna, vystreľuje v periódach a je citeľná napr. z krížovej oblasti do nohy alebo z krčnej chrbtice do rúk (LIS)
3. bodavá	ako keby vás niekto pichal nožom (panvová bolesť - bolesť v podbrušku)
4. ostrá	je prevažne citeľná ako keby vás niekto rezal (Caries Dentis)
5. krčovitá	pociťujete výrazný sťah svalu a znemožňuje pohyb alebo vynucuje zmenu polohy, aby vznikla úľava (kolika)
6. hlodavá	ako zahryznutie (Migréna)
7. tupá pretrvávajúca / boľavá	veľká bolesť rovnakej intenzity, prevažne pacient pociťuje až tlak v danej oblasti bez možnosti nájsť si úľavovú polohu (brušné bolesti) - bolí bez zmeny a stále rovnako
8. páľivá, páľčivá	väčšinou pacient pociťuje v oblasti veľké teplo (radikulárny syndróm)
9. ťaživá	Ťažká, neustupujúca bolesť (paréza n. ophthalmicus, opticus s bolesťou)
10. citlivá, boľavá na dotyk	boľavá oblasť je prevažne až podobná zápalovým stavom (Apendicitida)
11. ako keby to malo prasknúť / puknúť	pacient sa cíti, ako keby ho malo každú chvíľu seknúť, to následne znemožní akýkoľvek pohyb (Blokáda SI kĺbu)
12. únavná, vysilujúca	nepretržitá bolesť bez dlhodobého ústupu, znemožňujúca odpočinok alebo úľavovú polohu (Rozvinutý LIS)
13. protivná	pacient je obmedzený v akomkoľvek pohybe, z bolesti je podráždený, vyhľadáva už lekársku pomoc (narušenie rotátorovej manžety ramena)
14. strašná	zaraďuje sa medzi neznesiteľné bolesti, nutné vyhľadať lekársku pomoc, pacient má bolesti obmedzujúce akýkoľvek pohyb (bolesť oka / ucha)
15. mučivá, krutá	pacient je v akútnom stave, kedy je bolesť tak neznesiteľná, že prežíva až muky, bolesť vytvára psychický a fyzický nátlak, nutné vyhľadať lekársku pomoc (zlomeniny)

Numerická škála bolesti (NW kod): od 0 po 10			
mierna bolesť	1	2	3
stredná bolesť	4	5	6
silná bolesť	7	8	
nezniesiteľná bolesť	9	10	

Pacientovi názorne ukazujeme zmeny bolestivosti.

### • **McGill-Melzackov dotazník bolesti**

**A. Inštrukcie:** Aké pocity máte pri bolesti? Niektoré zo slov, ktoré Vám predkladáme, popisujú Vašu terajšiu bolesť. Zakrúžkovaním vyznačte slová, ktoré ju vystihujú najlepšie. Použite len jedno slovo vo vybranej a pre Vás vhodnej skupine, ktorá sa na Vašu bolesť vzťahuje najlepšie. Vynechajte ktorúkoľvek skupinu slov, ktorá nie je vhodná.

#### POCITY PRI BOLESTI

S1

1. chvenia
2. búšenia
3. tlčenia

S8

1. svrbenia
2. brnenia
3. trpnutia

A15

1. nepríčetnosti
2. zúfalstva

S2

1. vyžarovania
2. vystreľovania
3. vyšľahovania, šľahanie bičom

S9

1. tupého tlaku
2. ťaživej bolesti

E16

1. minimálnej
2. dotieravéj
3. stredne silnej
4. prudkej
5. neovládateľnej

S3

1. tlaku
2. pichania
3. vrtania
4. bodania

S10

1. praskania
2. lámania
3. trhania

M17

1. rozpínania
2. prenikania

S4

1. ostrosti
2. rezania
3. drásania

A11

1. únavy
2. značného vyčerpania

M18

1. silného trpnutia
2. meravenia
3. stuhnutia
4. zovretia

S5

1. štípania
2. zvierania
3. hľadania

A12

1. slabosti
2. nevoľnosti
3. ťažoby
4. krčv

M19

1. chladu
2. mrazenia

S6

1. ťahu
2. napínania

A13

1. strachu
2. hrôzy
3. zdesenia

M20

1. dobiedzania
2. súženia
3. ubíjania

S7

- 1. horúčavy
- 2. pálenia
- 3. žeravosti

A14

- 1. pocit trestu
- 2. mučivosti
- 3. krutosti
- 4. ničenia

**B. Inštrukcia:**

Ako silná je Vaša bolesť? Nasledujúce slová označujú bolesť so stúpajúcou intenzitou. K otázkam v bode 1 a 2 dopíšte číslo, ktoré najlepšie vyjadruje intenzitu Vami popisované bolesti::

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
nepociťujem bolesť	mierna	neprijemná	intenzívna	krutá	nezniesiteľná	bolesť

**1. Ktoré slovo najlepšie vyjadruje intenzitu:**

- a) bolesti, ktorú pociťujete práve teraz
- b) bolesti v čase, keď je najväčšia
- c) bolesti v čase, keď je najmenšia

**2. Pre porovnanie uveďte intenzitu:**

najväčšej bolesti hlavy, akú ste kedy mali- .....

najväčšej bolesti v krížoch, akú ste kedy mali- .....

najväčšej bolesti brucha, akú ste kedy mali- .....

najväčšej bolesti zubov, akú ste kedy mali- .....

**3. Ako sa mení Vaša bolesť v čase ? Je ...**

chvíľková, krátkodobá                                      rytmická, prerušovaná                                      stála, neprestajná

**C. Inštrukcia:**

**Ku každej otázke dopíšte číslo odpovede, ktorá najlepšie vyjadruje Vaše ťažkosti:**

Obmedzuje bolesť Vašu polohu?	nie	čiastočne	výrazne
Ovplyvňuje bolesť Vašu náladu ?	nie	čiastočne	výrazne
Obmedzuje Vás bolesť pri bežných činnostiach ?	nie	čiastočne	výrazne

Máte počas bolesti i iné ťažkosti?

(nechutenstvo, zápchu, potenie a pod.)      nie      čiastočne      výrazne

**D. Inštrukcia:**

**Doplňte údaje o trvaní bolesti v priebehu dňa a o liekoch, ktoré používate pri bolesti:**

- V priebehu dňa (24 hodín) máte bolesti ..... hodín

- z toho silné bolesti ..... hodín

- z toho mierne bolesti ..... hodín

**Ak máte bolesti aj v noci, uveďte o koľko hodín menej spíte pre bolesť. .... hodín**

Užívate lieky na spanie?                      áno                      nie

Užívate lieky na upokojenie?              áno                      nie

Užívate lieky na tíšenie bolesti?        áno                      nie

**Napíšte názov a dávky liekov, ktoré používate na tíšenie bolesti, v prípade, že ste na poslednú otázku odpovedali kladne:**

.....

.....

.....

.....

.....

**E. Inštrukcie:**

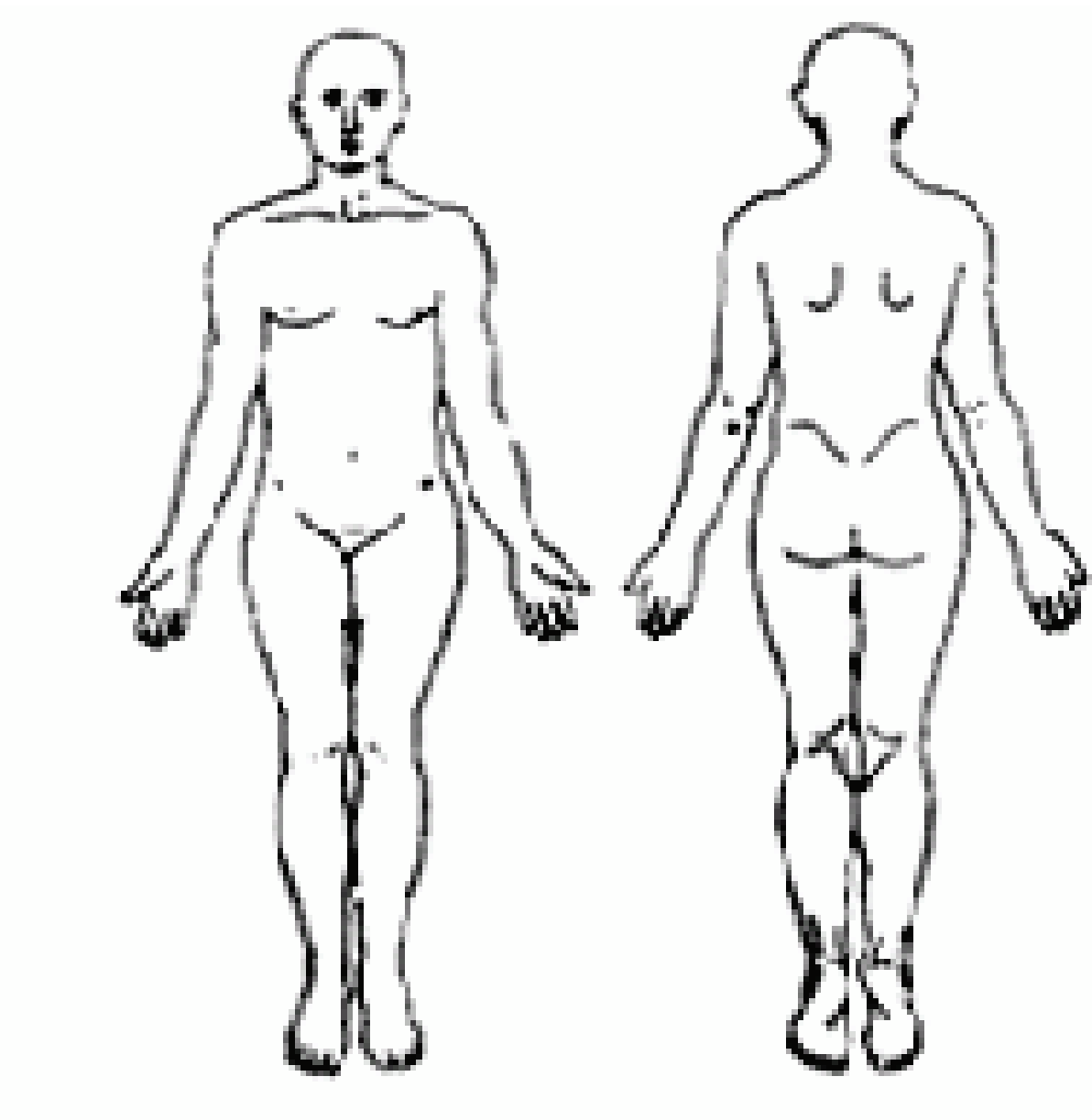
**Kde máte bolesti?**

Vyznačte na obrázku tie oblasti, v ktorých cítite bolesť.

Silnú bolesť označte **+++**, miernu bolesť **///**, smer vyžarovania bolesti označte **»**.

Ak je bolesť vonkajšia, povrchová (externá) pripíšte písmeno "E".

Ak je vnútorná, hlboká (interná) pripíšte písmeno "I".



#### SKÓROVANIE DOTAZNÍKA:

1. Skóre kvality bolesti (PRI) - je súčet skóre zvolených deskriptorov v časti A: v oblasti senzorickej (S1-10), afektívnej (A11-15), hodnotiacej (E16) a doplnkovej (M17-20).  $PRI = PRI_S + PRI_A + PRI_E + PRI_M$
2. Počet zvolených slov (NWC) - je celkový počet zvolených deskriptorov v časti A
3. Intenzita prítomnej bolesti (PPI) - je daná zvoleným číslom odpovede na otázku B - 1a
4. Skóre sprievodných príznakov ( $S_{AS}$ ) - je súčet skóre odpovedí v časti C
5. Globálne skóre bolesti (GPS) sa počíta podľa vzorca:  
 $GPS = GPI / \text{trvanie bolesti v hodinách}$ , kde  $GPI = PRI + (PPI) \cdot 10 + S_{AS}$  = globálna intenzita bolesti

## VIZUÁLNE DESKRIPTÍVNE ŠKÁLY K HODNOTENIU INTENZITY BOLESTI

### A. Jednoduchá deskriptívna škála

0 žiadna    1 mierna    2 stredná    3 silná    4 veľmi silná    5 neznesiteľná

### B. Melzackova škála

1 mierna    2 nepríjemná    3 intenzívna    4 krutá    5 neznesiteľná

### C. Numerická škála 0 – 100

žiadna bolesť    mierna bolesť    stredne silná bolesť    nesnesiteľná bolesť

0 ----- 10 ----- 20 ----- 30 ----- 40 ----- 50 ----- 60 ----- 70 ----- 80 ----- 90 ----- 100

### D. Vizuálna analógová škála

žiadna    mierna    stredná    silná    najväčšia bolesť akú si viem predstaviť

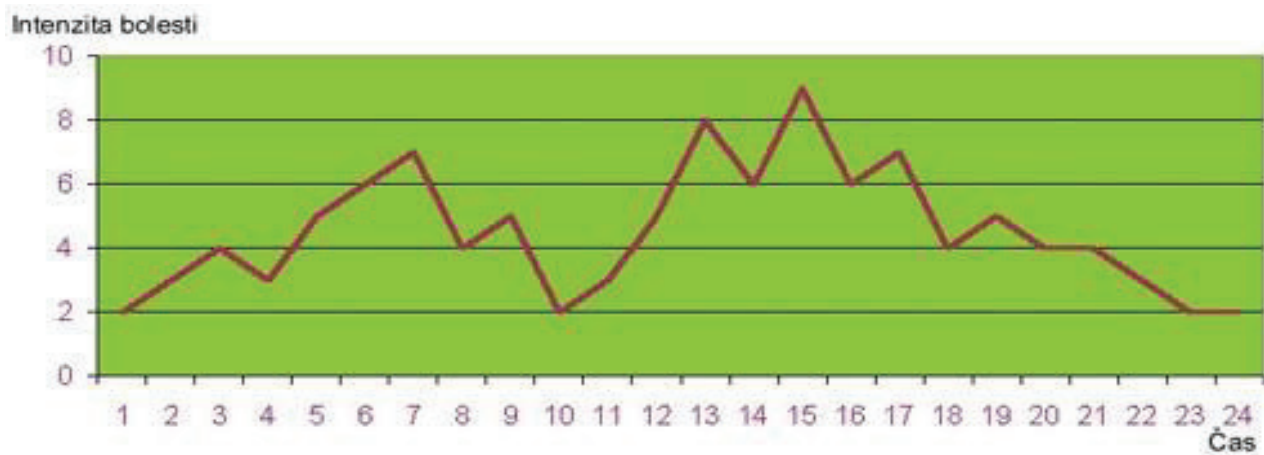
### Denný záznam bolesti:

0                      1                      2                      3                      4                      5  
nepociťujem bolesť    mierna    nepríjemná    intenzívna    krutá    neznesiteľná

**Inštrukcia: zaznamenajte intenzitu Vašej bolesti číslom z tabuľky v predznačenom období dňa:**

	ráno	poludnie	večer	noc	lieky	spánok
pondelok						
utorok						
streda						
štvrtok						
piatok						
sobota						
nedeľa						

## DENNÝ ALGOGRAM S POUŽITÍM VIZUÁLNEJ ANALÓGOVEJ ŠKÁLY



V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pacient



## Príloha č. 4

### Rehabilitačný plán

Na základe retrospektívnej analýzy 9 831 klientov, ktorí absolvovali spolu celkom 248 643 impedančných terapií, vznikol syntézou dát znalostnej databázy dlhodobý rehabilitačný plán, ktorý pozostáva z blokov a im priradených fáz. Rehabilitačný plán dáva odhadovanú časovú informáciu o procesoch ozdravenia organizmu pri absolvovaní impedančnej terapie.

Počas terapií na základe tohto plánu bude pacient informovaný o objektívnych zmenách, ktoré Poskytovateľ o pacientovi eviduje a vyhodnocuje vo svojom informačnom systéme.

#### BLOKY IMPEDANČNEJ TERAPIE

##### **1. blok impedančnej terapie – zameraný na zníženie bolestivosti (predpokladaný počet terapií v rámci tohto bloku - 27 až 48)**

1. fáza	Zaradenie	3 - 5 týždňov
2. fáza	Retrospektívny RT symptóm	5 - 9 týždňov
3. fáza	DGU fenomén	6 - 10 týždňov

##### **2. blok impedančnej terapie - zameraný na zvyšovanie fyzického výkonu (predpokladaný počet terapií v rámci tohto bloku - 43 až 73)**

4. fáza	Zaradenie tréningov pod kontrolou fyzioterapeuta	10 - 12 týždňov
5. fáza	Analýza vnútorného metabolizmu, úprava hmotnosti	10 - 12 týždňov
6. fáza	Fixácia regenerácie	cca 16 týždňov

##### **3. blok impedančnej terapie – zameraný na udržiavanie výkonnosti, regulácie telesnej hmotnosti, posilňovanie pod dohľadom fyzioterapeuta a pod.**

##### **(predpokladaný počet terapií v rámci tohto bloku - 25 až 52)**

Jedná sa o nemedicínsky proces so zameraním na odstránenie faktorov, ktoré môžu opätovne viesť k vzniku degeneratívnej choroby chrbtice.

Terapia – určuje počet impedančných terapií potrebných pre splnenie rehabilitačného plánu, za účelom indukcie regenerácie organizmu – ozdravenia. Optimálna frekvencia impedančných terapií je trikrát za 14 dní.

Pacient berie na vedomie, že vyššie uvedený plán je orientačný na základe individuálnych potrieb pacienta môže byť zo strany poskytovateľa upravený. Napríklad zvýšením počtu terapií v rámci jednotlivých fáz, či blokov alebo opakovaním fáz, či blokov za účelom dosiahnutia želaných výsledkov.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pacient

## Príloha č. 5

### Rehabilitačno-liečebný plán

Pre pacientov, ktorým nemôžeme ponúknuť impedančnú terapiu ako jedinečnú metódu na liečbu degeneratívnej choroby chrbtice pre kontraindikáciu, máme vypracovaný rehabilitačno-liečebný plán.

Cieľom tohto plánu je čo najintenzívnejšie pôsobiť na degeneratívne ochorenie chrbtice klasickými rehabilitačnými metódami, ktoré sú používané aj v ostatných zdravotníckych zariadeniach, pričom staviame na individuálnom prístupe k pacientovi. Predpokladáme, že po absolvovaní prvého bloku rehabilitačno-liečebného plánu budeme môcť prehodnotiť kontraindikácie u pacienta a ponúknuť mu na terapiu metódu, ktorá je potvrdená štúdiou s preukázateľným ozdravením organizmu.

Počas terapie je pacient informovaný o všetkých dôležitých skutočnostiach týkajúcich sa liečby podľa rehabilitačno-liečebného plánu so zameraním na čo najpodrobnejšiu analýzu zdravotného stavu a s cieľom uľaviť od akútnych i chronických obtiaží zameraním sa na využitie štandardných fyzioterapeutických postupov v kombinácii s neurologickou analýzou.

#### BLOKY REHABILITAČNO-LIEČEBNÉHO PLÁNU BEZ IMPEDANČNEJ TERAPIE

##### **1. blok - zameraný na zníženie bolestivosti**

**(predpokladaný počet terapií v rámci tohto bloku - 24 až 42)**

1. fáza	Nasadenie medikamentu - nastavenie dávkovania	2 - 5 týždňov
2. fáza	Fyzioterapeutické manuálne služby	5 - 7 týždňov
3. fáza	Vysadenie medikamentu a fyzikálnej terapie fyzioterapeutom	5 - 9 týždňov

##### **2. blok - zameraný na zvyšovanie fyzického výkonu**

**(predpokladaný počet terapií v rámci tohto bloku - 12 až 18)**

4. fáza	Opakované anaeróbne testovanie pod kontrolou fyzioterapeuta, anaeróbne cvičenie	2 - 3 týždňov
5. fáza	Fyzioterapeutické služby – fyzikálna terapia a strečing	2 - 3 týždňov
6. fáza	Opakované aeróbne testovanie pod kontrolou fyzioterapeuta, aeróbne cvičenia, vypracovanie tréningového plánu fyzioterapeutom	2 - 3 týždňov

##### **3. blok - nemedicínsky proces so zameraním na odstránenie faktorov, ktoré môžu opätovne viesť k recidíve bolestivého stavu**

**(predpokladaný počet terapií v rámci tohto bloku - 25 až 52)**

Jedná sa o udržiavanie výkonnosti, regulácie telesnej hmotnosti, posilňovanie pod dohľadom fyzioterapeuta a podobne.

Pacient berie na vedomie, že vyššie uvedený plán je orientačný a na základe individuálnych potrieb pacienta môže byť zo strany poskytovateľa upravený. Napríklad zvýšením počtu terapií v rámci jednotlivých fáz, či blokov alebo opakovaním fáz, či blokov za účelom dosiahnutia želaných výsledkov.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pacient