

Krajský úřad Moravskoslezského kraje
Odbor zdravotnictví
28. října 2771/117
702 00 Ostrava
Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

Podací razítko – vyplní úřad

Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

dle ust. § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Údaje o žadateli (právnícká osoba):

Obchodní firma (název)

Adresa sídla (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Identifikační číslo (bylo-li přiděleno)

Telefon, email, datová schránka

Žadatelé se sídlem mimo území ČR - místo usazení závodu nebo organizační složky závodu právnické osoby na území ČR (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Údaje o zřizovateli – zajišťuje-li poskytování zdravotních služeb organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku

Název, identifikační číslo

Adresa sídla (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Statutární orgán žadatele (uved'te všechny členy statutárního orgánu; v případě, že je zřizovatelem organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku, uvedou se údaje o vedoucím organizační složky):

Jméno a příjmení, titul

Rodné příjmení

Datum a místo narození

Státní občanství

Telefon, email

Adresa místa trvalého pobytu (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR

Adresa bydliště mimo území ČR (uved'te stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Údaje pro účely vyhotovení výpisu z evidence rejstříku trestů

Požadujete-li, aby si výpis z evidence rejstříku trestů podle ust. § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uved'te:

Rodné číslo

Typ dokladu totožnosti a jeho číslo
(občanský průkaz, cestovní pas, povolení k pobytu cizince, apod.)

Odborný zástupce:

(je-li více odborných zástupců, uved'te všechny)

Jméno a příjmení, titul

Rodné příjmení

Datum a místo narození

Státní občanství

Adresa místa trvalého pobytu (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR

Adresa bydliště mimo území ČR (uved'te stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Údaje pro účely vyhotovení výpisu z evidence rejstříku trestů

Požadujete-li, aby si výpis z evidence rejstříku trestů podle ust. § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uved'te:

Rodné číslo

Typ dokladu totožnosti a jeho číslo
(občanský průkaz, cestovní pas, povolení k pobytu cizince, apod.)

Poskytovatel sociálních služeb

Obory zdravotní péče:

(dle zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění)

Forma, druh zdravotní péče:

(dle ust. § 10 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách)

zvolte zakřížkováním

☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta – ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče:

(dle vyhlášky č. 99/2012 Sb., přílohy č. 8 části 4. bodů 4.1., 4.2., 4.3.)

zvolte zakřížkováním

☐ ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb
☐ ošetrovatelská péče **JE** poskytována v nepřetržitém provozu
☐ ošetrovatelská péče **NENÍ** poskytována v nepřetržitém provozu

☐ ošetrovatelská péče v ambulantních zařízeních sociálních služeb

☐ ošetrovatelská péče v sociálních službách komunitního charakteru

Adresa místa kontaktního pracoviště:

(místo kontaktního pracoviště může být shodné s místem poskytování zdravotních služeb, příp. může být některým z míst poskytování zdravotních služeb)

Obec, část obce, PSČ

Ulice, č. popisné/č. orientační

Telefon, email

Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb:

(nutno uvést všechna místa, na kterých je poskytovaná ošetrovatelská péče)

Obec, část obce, PSČ

Ulice, č. popisné/č. orientační

Telefon, email

Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:

(tento údaj je nezbytně nutné vyplnit)

Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb:

(v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče adresa místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče, poskytování pouze prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení)

Obec, část obce, PSČ

Ulice, č. popisné/č. orientační

Telefon, email

Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte následující údaje:**1. Obory zdravotní péče:**

(dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 185/2009 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 152/2018 Sb., v platném znění, zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění)

V případě jde-li pouze o provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení nebo poskytování zdravotních služeb v centru duševního zdraví, centru komplexní péče o děti, urgentní příjem, uveďte i tuto skutečnost; jde-li o poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče, uveďte rovněž druh zařízení pobytových sociálních služeb.

.....

2. Forma zdravotní péče: (zvolte zakřížkováním)

- ☐ ambulantní péče
- ☐ ambulantní stacionární péče
(jen u oborů algeziologie, dermatovenerologie, geriatrie, hematologie, hemaferesa, onkologie, adiktologie, psychiatrie, rehabilitační a fyzikální medicína)
- ☐ jednodenní péče
- ☐ lůžková péče - ☐ akutní lůžková péče intenzivní
 - ☐ akutní lůžková péče standardní
 - ☐ následná lůžková péče
 - ☐ dlouhodobá lůžková péče
- ☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:
 - ☐ návštěvní služba
 - ☐ domácí péče - ☐ ošetrovatelská
 - ☐ léčebně rehabilitační
 - ☐ paliativní
 - ☐ umělá plicní ventilace
 - ☐ dialýza

3. Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby: (zvolte zakřížkováním)

- | | |
|--|--|
| ☐ léčebně rehabilitační péče | ☐ zdravotnická záchranná služba |
| ☐ lázeňská léčebně rehabilitační péče | ☐ zdravotnická dopravní služba |
| ☐ ošetrovatelská péče | ☐ přeprava pacientů neodkladné péče |
| ☐ paliativní péče | ☐ protialkoholní a protitoxikomanická |
| ☐ lékárenská a klinickofarmaceutická péče | záchytná služba |
| | ☐ lékařská pohotovostní služba |
| | ☐ pohotovostní služba v oboru zubní lékařství |
| | ☐ lékárenská pohotovostní služba |

Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:
(tento údaj je nezbytně nutné vyplnit)

Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby:
(vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou)

Adresa pro doručování písemností (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ) – neplatí pro doručování do datové schránky

.....

Místně příslušný finanční úřad (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)

.....

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení

(uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

.....

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (přestupek podle ust. § 2 odst. 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích).

V dne

.....

jméno a příjmení, titul osoby oprávněné jednat
za žadatele (vypište hůlkovým písmem)

.....

podpis

Poznámka:

Přijetí žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 1.000,- Kč. Správní poplatek je splatný při přijetí žádosti. Správní poplatek nelze uhradit kolkem.

Správní poplatek bude uhrazen (zvolte zakřížkováním):

☐ v hotovosti

☐ převodem z účtu

Způsob doručení rozhodnutí (zvolte zakřížkováním):

☐ osobní převzetí

☐ doručení datovou schránkou

☐ poštovní doručení (pouze osoby bez datové schránky)

K žádosti předložte:

1. Doklad o zřízení nebo založení právnické osoby (PO), pokud se nezapisuje do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo pokud zápis ještě nebyl proveden

- PO se sídlem mimo území ČR – dokládá výpis vedený ve státě sídla a doklad o zápisu PO, závodu nebo organizační složky závodu na území ČR do obchodního či obdobného rejstříku, pokud již byl zápis proveden

(doklad o zápisu do obchodního či obdobného rejstříku, nebo výpis z těchto rejstříků nesmí být starší 3 měsíců, doklad nepřikládají osoby zřízené na území ČR zákonem nebo bude-li poskytování zdrav. služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo územního samosprávného celku)

2. Zdravotnická záchranná služba – doklad o tom, že žadatel byl zřízen krajem jako příspěvková organizace a doklad, z něhož vyplývá oprávnění využívat linku národního tísňového čísla 155

3. Doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 3 měsíců ke dni podání žádosti)

Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném čísle, o typu dokladu totožnosti a jeho čísla může zajistit výpis z evidence rejstříku trestů správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

4. Doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složky státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 3 měsíců ke dni podání žádosti)

Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném čísle, o typu dokladu totožnosti a jeho čísla může zajistit výpis z evidence rejstříku trestů správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

5. Doklady odborného zástupce:

5.1. Doklady o vzdělání:

- všeobecní praktičtí lékaři – doklad o specializaci I. stupně v oboru všeobecné lékařství dle dřívějších právních předpisů nebo doklad o specializované způsobilosti vydaný Ministerstvem zdravotnictví (MZ)

- ostatní lékaři – doklad o specializované způsobilosti v oboru (specializace II. stupně dle dřívějších právních předpisů nebo doklad o specializované způsobilosti vydaný MZ – u rozhodnutí s vyznačenou doložkou právní moci)

- zubní lékaři – diplom v oboru stomatologie (bylo-li studium zahájeno nejpozději v akad. roce 2003/2004) nebo diplom v oboru zubní lékařství

- zubní lékaři se specializací – doklad o specializaci v příslušném oboru

- farmaceuti – doklad o specializaci v některém ze specializačních oborů

- nelékařská povolání – doklad o vzdělání, příp. specializované způsobilosti

– u oboru ortoptista – absolvent Bc. prokázání 1 roku výkonu povolání

– u oboru fyzioterapeut – absolvent Mgr., Bc., VOŠ prokázání 1 roku výkonu povolání, absolvent SZŠ prokázání 10ti let výkonu povolání

5.2. Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání ne starší 90 dnů ke dni podání žádosti (lékařský posudek) – *formulář*

5.3. Doklad o bezúhonnosti (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 3 měsíců ke dni podání žádosti)

Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném čísle, o typu dokladu totožnosti a jeho čísla může zajistit výpis z evidence rejstříku trestů správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

5.4. Prohlášení odborného zástupce podle ust. § 18 odst. 2 písm. a) bodu 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – *formulář*

Pozn.: funkci odborného zástupce nelze vykonávat pro více než 2 poskytovatele zdr. služeb

5.5. Doklad o pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli (neplatí pro OZ manžela/manželku a registrovaného partnera/partnerku)

5.6. Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR, pokud má odborný zástupce povinnost takové povolení mít

6. Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli – *formulář*

7. Prohlášení žadatele podle ust. § 18 odst. 2 písm. c) bodu 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – *formulář*

8. Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb

9. Prohlášení k věcnému a technickému vybavení podle ust. § 18 odst. 2 písm. a) bodu 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – *formulář*

10. Provozní řád a rozhodnutí Krajské hygienické stanice o schválení provozního řádu (s vyznačenou doložkou právní moci)

11. Souhlasné závazné stanovisko SÚKL k technickému a věcnému vybavení zdr. zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče

12. Povolení ministerstva zdravotnictví k využívání zdroje nebo povolení k využívání klimatických podmínek příznivých k léčení, jde-li o poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče

13. Doklad prokazující splnění podmínky podle ust. § 11 odst. 8 zákona o zdravotních službách, jde-li o poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče, nebo ošetřovatelské péče v zařízení sociálních služeb, tj. doklad, že je držitelem registrace k poskytování sociálních služeb

14. Doklad prokazující splnění podmínky podle ust. § 44d zákona o zdravotních službách, jde-li o centrum duševního zdraví, tj. doklad, že je držitelem registrace k poskytování sociálních služeb centra duševního zdraví nebo doklad, že tyto sociální služby zajišťuje prostřednictvím smluvního poskytovatele sociálních služeb, který je držitelem takové registrace

15. Doklad prokazující splnění podmínek podle ust. § 44g zákona o zdravotních službách, jde-li o urgentní příjem

16. Nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem, připojí doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele nebo prohlášení o tom, že nedošlo ke změnám údajů v dokladech předložených dosavadním poskytovatelem.

17. V případě poskytování dlouhodobé lůžkové péče jen zdravotnickými pracovníky nelékařského povolání smlouvu o zajištění akutní zdravotní péče s poskytovatelem ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie.