

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, příjmení, titul:

Datum narození:

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, uveďte:

Rodné příjmení:

Státní občanství:

Rodné číslo:

Místo/okres narození:

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

Odborný zástupce:

(je-li více odborných zástupců, uveďte všechny)

Jméno, příjmení, titul:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):*

.....

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa bydliště mimo území ČR *(uveďte stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):*

.....

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR *(uveďte 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, uveďte:

Rodné příjmení:

Státní občanství:

Rodné číslo:

Místo/okres narození:

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

Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb:

(v případě zdravotnické záchranné služby, 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 adresa místa kontaktního pracoviště)

Obec, část obce, PSČ

Ulice, č. popisné/č. orientační

Telefonní kontakt, 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 jde-li o hospic, uveďte i tuto skutečnost.

.....

2. Forma zdravotní péče: *(zvolte zakřížkováním)*

- ambulantní péče
- ambulantní stacionární péče
(jen u oborů algeziologie, dermatovenerologie, geriatrie, hematologie, hemaferезa, 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)*

- preventivní péče
- diagnostická péče
- dispenzární péče
- léčebná péče
- posudková péče
- léčebně rehabilitační péče
- lázeňská léčebně rehabilitační péče
- ošetrovatelská péče
- paliativní péče
- lékárenská a klinickofarmaceutická péče
- zdravotnická záchranná služba
- zdravotnická dopravní služba
- přeprava pacientů neodkladné péče
- protialkoholní a protitoxikomanická záchytná 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, 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 (oprávnění) využívat linku národního čísla tísňového volání 155

3. Doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů ke dni podání žádosti)

Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném příjmení, rodném čísle a místu/okresu narození 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 90 dnů ke dni podání žádosti)

Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném příjmení, rodném čísle a místu/okresu narození 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 stomatology (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 90 dnů ke dni podání žádosti)

Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném příjmení, rodném čísle a místu/okresu narození 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. 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

7. Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb
8. Prohlášení k věcnému a technickému vybavení podle ust. 18 odst. 2 písm. c) bodu 4 a 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
9. Provozní řád a rozhodnutí Krajské hygienické stanice o schválení provozního řádu (s vyznačenou doložkou právní moci)
10. Souhlasné závazné stanovisko SÚKL k technickému a věcnému vybavení zdr. zařízení, jde-li o poskytování lékařské péče
11. Souhlas Ministerstva zdravotnictví s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče
12. Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli
13. 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.
14. 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.