**Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

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

(zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

# Údaje o žadateli (fyzická osoba):

Jméno, příjmení, titul: ………………………………………………………………………….

Rodné příjmení ……………………………………… Státní občanství ………………………..

Datum a místo narození: ………………………………………………………………………..

**IČO** *(bylo-li přiděleno):* ……………………………………………………….

**Adresa místa trvalého pobytu** *(osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR):*

Obec ……………….…….……..……… část obce …………………………………………….

Ulice ……………..…………………… č. p./č. o. ……………………… PSČ ………………

Stát …………………………………………………………………

**Adresa sídla:**

Obec ……………….…….……..……… část obce …………………………………………….

Ulice ……………..…………………… č. p./č. o. ……………………… PSČ ………………

Stát …………………………………………………………………

**Adresa pro doručování písemností:**

Obec ……………….…….……..……… část obce …………………………………………….

Ulice ……………..…………………… č. p./č. o. ……………………… PSČ ………………

**Další kontaktní údaje poskytovatele dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů[[1]](#footnote-1):**

Telefon …….………………….…………………… Fax ………..……………….…………….

Adresa internetových stránek …………………………………….……….……………………

Identifikátor datové schránky …………….………………………..……….………………….

Adresa elektronické pošty …………………………………………………..…………………

**Odborný zástupce** *(je-li/musí-li být ustanoven v souladu s ust. § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):*

Jméno, příjmení, titul: …………………………………………………..……………………….

Rodné příjmení ……………………………………… Státní občanství ………………………..

Datum a místo narození: ………………………………………………………………………..

**Adresa místa trvalého pobytu** *(osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR):*

Obec ……………….…….……..……… část obce …………………………………………….

Ulice ……………..…………………… č. p./č. o. ……………………… PSČ ………………

Stát …………………………………………………………………

Telefon …………………………………. Email ……………………………………………..

**Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb**

* v případě zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť,
* v případě poskytovatele, který je povinen podle § 11 odst. 5 mít kontaktní pracoviště, uveďte místa kontaktních pracovišť;
1. Obec: ……………………..……..………… část obce …………………………………….

Ulice …………………………… č.p/č.o. …………………………. PSČ …………………

Telefon ………………………………. Email ……………………………………………

1. Obec: ……………………..……..………… část obce …………………………………….

Ulice …………………………… č.p/č.o. …………………………. PSČ …………………

Telefon …………………………..……. Email ………………………………….…………

**Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:**

**Obor[[2]](#footnote-2)…………………………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE**  |
|  **ambulantní péče**  |  **lůžková péče** |
|  | * + akutní lůžková péče intenzivní
 |
|  | * + akutní lůžková péče standardní
 |
|  | * + následná lůžková péče
 |
|  **jednodenní péče**  | * + dlouhodobá lůžková péče
 |
|  | * + sociálně-zdravotní lůžková péče (uveďte druh zařízení pobytových sociálních služeb, v jehož rámci má být tato péče poskytována)
 |
|  **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta**: |
| * + ***domácí péče***
	+ ošetřovatelská
	+ léčebně rehabilitační
	+ paliativní
 | * + ***návštěvní služba***
 |
| * + ***dialýza***
 | * + ***umělá plicní ventilace***
 |
|  |  |
| * + ***ošetřovatelská péče v zařízeních***

 ***sociálních služeb***1. ošetřovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb
2. ošetřovatelská péče v ambulantních zařízeních sociálních služeb
3. ošetřovatelská péče v sociálních službách komunitního charakteru
 |  |
| **DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE** | **NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY** |
| * léčebně rehabilitační péče
 | * zdravotnická záchranná služba
 |
| * lázeňská léčebně rehabilitační péče
 | * zdravotnická dopravní služba
 |
| * ošetřovatelská péče
 | * přeprava pacientů neodkladné péče
 |
| * paliativní péče
 |  záchytná služba |
| * lékárenská péče
 |  |

 **provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení**

 **hospic**

**Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:**

1. Jakožto nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadního poskytovatele (název) ……………………………………………………….. hodlám zahájit poskytování zdravotních služeb **dnem odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb tomuto poskytovateli** – POZOR v takovém případě je třeba žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podat **nejpozději v den podání žádosti o odejmutí oprávnění dosavadním poskytovatelem**.
2. Dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.
3. Jiné datum (vypsat konkrétní datum) …………………………………………………

**Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby ………………………………...**

*(vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou)*

***Dle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách, vyžaduje-li se pro účely řízení podle tohoto zákona doložení bezúhonnosti výpisem z evidence Rejstříku trestů, požádá o vydání výpisu správní orgán příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.***

**Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 2 zákona č. 251/2016 Sb., zákona o některých přestupcích, v platném znění).**

V …………………………… dne ………………………………

………………………………………................ ……………………………………..

jméno, příjmení, titul žadatele podpis žadatele

*(vypište hůlkovým písmem)*

**Pokyny k úhradě správního poplatku:**

Přijetí žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle položky 25 zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 1 000 Kč**.** Správní poplatek **ve výši 1 000 Kč** lze uhradit:

* **převodem na číslo účtu: 19-7964100227/0100, var. symbol 136109, specifický symbol rodné číslo nebo IČO poskytovatele,**

nebo

* **v pokladně Krajského úřadu Libereckého kraje (10. patro).**

**K žádosti předložte v originále nebo v ověřené kopii:**

1. Doklad/doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 95/2004 Sb., či zákona č. 96/2004 Sb. Je-li ustanoven odborný zástupce, pak se uvedený doklad týká i odborného zástupce *(tj. doklady o vzdělání).*
2. Doklad/y o bezúhonnosti. Je-li ustanoven odborný zástupce, pak se uvedený doklad týká i odborného zástupce *(pouze doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem jehož je fyzická osoba občanem a doklady vydanými státy, ve kterých se fyzická osoba zdržovala v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců).*
3. Doklad o zdravotní způsobilosti, od registrujícího praktického lékaře, ne starší než 3 měsíce. (*viz. formulář)*
4. Je-li ustanoven odborný zástupce (bod 1, 2, 3) a:
5. jeho prohlášení, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u něj netrvá žádný z důvodů uvedených v § 14 odst. 1 a 3 zákona o zdravotních službách, pro který by nemohl tuto funkci vykonávat *(viz. formulář)*
6. doklad o tom, že je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli podle § 14 odst. 2 zákona o zdravotních službách.
7. Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli. *(viz formulář)*
8. Prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno podle tohoto zákona. *(viz formulář)*
9. Souhlasné závazné stanovisko vydané SÚKL k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče.
10. Souhlas MZ ČR s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče, jde-li o poskytování této péče.
11. Pravomocné rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád.
12. Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb
13. Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR žadatele a odborného zástupce, pokud mají povinnost takové povolení mít.
14. Doklad prokazující splnění podmínky podle § 11 odst. 8, jde-li o poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče podle § 9 odst. 2 písm. e), nebo ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c)
15. Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ust. § 17 písm. a) až c) zákona o zdravotních službách, a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v ust. § 17 písm. d) nebo e) zákona o zdravotních službách.
16. Fyzická osoba, která bude poskytovat zdravotní služby pouze ve zdravotnickém zařízení provozovaném jiným poskytovatelem, doloží doklady uvedené v bodech 1), 2), 11), 13) a dále smlouvu s poskytovatelem, který provozuje zdravotnické zařízení, v němž bude žadatel zdravotní služby poskytovat, opravňující žadatele využívat technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a personální zabezpečení zdravotních služeb tohoto poskytovatele k poskytování zdravotních služeb; pokud smlouvou není zajištěno nebo ze smlouvy nevyplývá splnění všech požadavků na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a personální zabezpečení zdravotních služeb, které hodlá žadatel poskytovat, je žadatel povinen prokázat splnění požadavků nezajištěných smlouvou doklady uvedenými v § 18 odst. 2 písm. a) bod 4 až 8 zákona o zdravotních službách.
17. Nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí k žádosti též doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele. Předložení dokladu dle bodu 5 lze nahradit prohlášením žadatele o tom, že nedošlo ke změnám údajů v těchto dokladech předložených dosavadním poskytovatelem, v tomto případě se rovněž nepředkládá doklad uvedený v bodu 7. Je-li žadatelem o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb osoba, která pokračuje v poskytování zdravotních služeb podle § 27, platí pro předložení dokladů věty první a druhá obdobně.
18. V případě poskytování dlouhodobé lůžkové péče jen zdravotnickými pracovníky nelékařského povolání smlouvu o zajištění akutní zdravotní péče pacientům s poskytovatelem ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.
1. Uvedené kontaktní údaje krajský úřad předá do Národního registru poskytovatelů; pokud poskytovatel údaje nevyplní, pak v souladu s § 75 odst. 1) písm. c) zákona o zdravotních službách předá kontaktní údaje (společně s dalšími údaji dle § 74 odst. 1 písm. j až n) do Národního registru poskytovatelů sám. [↑](#footnote-ref-1)
2. dle z. č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 152/2018 Sb. [↑](#footnote-ref-2)