**Žádost o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování**

**zdravotních služeb**

dle § 20a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

(zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

# Údaje o poskytovateli zdravotních služeb:

Jméno, příjmení, titul (fyzická osoba)/Název poskytovatele (právnická osoba): ……………………………………………….……………………………………………….…

IČO: …………………………………………

Datum a místo narození (fyzická osoba) ………………………………………………………..

Adresa místa trvalého pobytu fyzické osoby *(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 fyzické osoby/právnické osoby:

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

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

Stát …………………………………………………………………

**Další kontaktní údaje poskytovatele dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů[[1]](#footnote-2):**

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

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

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

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

**Žádost o změnu se týká:**

🞏 **Změny rozsahu zdravotních služeb** dle § 20a odst. 1 písm. a)

🞏 **Změny místa poskytování zdravotních služeb** dle § 20a odst. 1 písm. b)

🞏 **Změny sídla** dle § 20a odst. 1 písm. b)

🞏 **Změny odborného zástupce** dle § 20a odst. 2 písm. a)

🞏 **Změny platnosti oprávnění** dle § 20a odst. 2 písm. c)

1. **ZMĚNA ROZSAHU ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

týkající se **formy, oboru, druhu nebo názvu zdravotní péče nebo zdravotní služby**, včetně provádění pouze prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení, uvedeným v oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 19 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.

1. žádám o zapsání (uveďte nový obor, formu, druh nebo název zdravotní péče nebo zdravotní služby) v místě poskytování zdravotních služeb:

…………………………………….………………………………………………….…

|  |
| --- |
| **FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE**  |
| 🞏 **ambulantní péče** * primární
* specializovaná
* stacionární
 | 🞏 **jednodenní péče** |
| 🞏 **lůžková péče** * + akutní lůžková péče intenzivní
	+ akutní lůžková péče standardní
	+ následná lůžková 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***
1. ošetřovatelská
2. léčebně rehabilitační
3. paliativní
 | * + ***návštěvní služba***
 |
| * + ***umělá plicní ventilace***
 |
| * + ***dialýza***
 |
| * + ***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 |  |
| 🞏 lékárenská péče |  |

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

🞏 **hospic**

1. žádám o zrušení (uveďte rušený obor, formu, druh nebo název zdravotní péče nebo zdravotní služby) v místě poskytování zdravotních služeb:

……………………………………………….…….……………………………………

|  |
| --- |
| **FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE**  |
| 🞏 **ambulantní péče** * primární
* specializovaná
* stacionární
 | 🞏 **jednodenní péče** |
| 🞏 **lůžková péče** * + akutní lůžková péče intenzivní
	+ akutní lůžková péče standardní
	+ následná lůžková 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***
1. ošetřovatelská
2. léčebně rehabilitační
3. paliativní
 | * + ***návštěvní služba***
 |
| * + ***umělá plicní ventilace***
 |
| * + ***dialýza***
 |
| * + ***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 |  |
| 🞏 lékárenská péče |  |

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

🞏 **hospic**

**Datum, k němuž žádám o provedení změny rozsahu zdravotních služeb:**

* dnem nabytí právní moci rozhodnutí
* jiné datum …………………………
1. **ZMĚNA MÍSTA POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

popřípadě míst poskytování zdravotních služeb, adresy místa pracoviště poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče nebo kontaktního pracoviště uvedené v oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 19 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách.

1. žádám o zrušení místa poskytování na adrese:

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

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

1. žádám o zapsání místa poskytování na adrese:

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

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

Telefon …………………………………………….

**Datum, k němuž žádám o provedení změny místa poskytování zdravotních služeb:**

* dnem nabytí právní moci rozhodnutí
* jiné datum …………………………
1. **ZMĚNA ADRESY SÍDLA**

podle § 19 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách

1. žádám o zrušení sídla na adrese:

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

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

Stát …………………………………………………………………

1. žádám o zapsání sídla na adrese:

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

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

Stát …………………………………………………………………

**Datum, k němuž žádám o provedení změny:**

* dnem nabytí právní moci rozhodnutí
* jiné datum …………………………
1. **ZMĚNA ODBORNÉHO ZÁSTUPCE** podle § 19 odst. 1 písm. a), odst. 2 písm. c) nebo odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách
2. žádám o ukončení výkonu funkce odborného zástupce:

**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 ………………………………………….………………………………

1. žádám o ustanovení nového odborného zástupce:

**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:

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

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

Stát …………………………………………………………………

*(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu,*

*případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)*

telefon: …………………………………. Email ……………………………………………

**Datum, k němuž žádám o provedení změny:**

* dnem nabytí právní moci rozhodnutí

🞏 jiné datum …………………………

1. **ZMĚNA PLATNOSTI OPRÁVNĚNÍ**

k poskytování zdravotních služeb uvedené v oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 19 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách.

……………………………………………………………………………………………………………

**Datum, k němuž žádám o provedení změny platnosti oprávnění:**

* dnem nabytí právní moci rozhodnutí
* jiné datum …………………………

**Uveďte zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění**

🞏 VZP (111) 🞏 VOZP (201) 🞏 ZP MV ČR (211) 🞏 OZP (207)

🞏 ČPZP (205) 🞏 RBP (213) 🞏 ZPŠ (209)

***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).**

Dne ………………………………

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

jméno, příjmení, titul osoby oprávněné podpis osoby oprávněné jednat

jednat za žadatele za žadatele

**Pokyny k úhradě správního poplatku:**

Přijetí žádosti o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení ve věci rozsahu zdravotních služeb, místa poskytování zdravotních služeb nebo doby platnosti oprávnění podléhá dle položky 25 zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku **ve výši 500 Kč**. Správní poplatek **ve výši 500 Kč** lze uhradit:

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

nebo

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

SPRÁVNÍ POPLATEK SE HRADÍ POUZE JEDEN ZA ŽÁDOST (bez ohledu na počet změn).

PŘI ZMĚNĚ POUZE SÍDLA NEBO ODBORNÉHO ZÁSTUPCE SE SPRÁVNÍ POPLATEK NEPLATÍ.

**Poznámka:** Žádost podle § 20a zákona o zdravotních službách kromě náležitostí stanovených správním řádem obsahuje údaj o požadované změně oprávnění a **doklady podle § 18 odst. 2 zákona o zdravotních službách, prokazující splnění podmínek pro poskytování zdravotních služeb po změně oprávnění, a to v rozsahu odpovídajícím požadované změně.**

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-2)