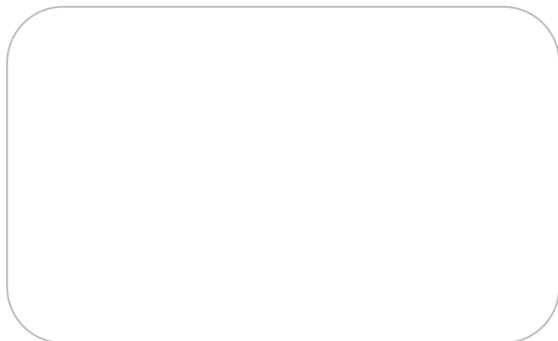




KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví



**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 (právnícká 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/právnícké osoby:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát

T +420 485 226 374 E podatelna@kraj-lbc.cz

Další kontaktní údaje poskytovatele dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů¹:

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)

I. 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.

- a) žádám o zapsání (uved'te 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 (uved'te druh zařízení pobytových sociálních služeb, v jehož rámci má být tato péče poskytována):	

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.

☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:	
▪ domácí péče a. ošetrovatelská b. léčebně rehabilitační c. paliativní	▪ návštěvní služba ▪ umělá plicní ventilace ▪ dialýza
▪ ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb a. ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb b. ošetrovatelská péče v ambulantních zařízeních sociálních služeb c. ošetrovatelská 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
☐ ošetrovatelská péče	☐ přeprava pacientů neodkladné péče
☐ paliativní péče	
☐ lékárenská péče	

- ☐ provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení
- ☐ hospic

b) žádám o zrušení (uved'te 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 (uved'te druh zařízení pobytových sociálních služeb, v jehož rámci má být tato péče poskytována):	
☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:	
▪ domácí péče a. ošetrovatelská b. léčebně rehabilitační c. paliativní	▪ návštěvní služba ▪ umělá plicní ventilace ▪ dialýza
▪ ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb a. ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb b. ošetrovatelská péče v ambulantních zařízeních sociálních služeb c. ošetrovatelská 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
☐ ošetrovatelská 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

II. 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.

a) žádám o zrušení místa poskytování na adrese:

Obec: část obce

Ulice č.p/č.o. PSČ

b) 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

III. ZMĚNA ADRESY SÍDLA

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

a) žádám o zrušení sídla na adrese:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát

b) 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

IV. ZMĚNA ODBORNÉHO ZÁSTUPCE podle § 19 odst. 1 písm. a), odst. 2 písm. c) nebo odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách

a. 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

b. 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

V. 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

Uved'te 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
jednat za žadatele

.....
podpis osoby oprávněné jednat
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.**