

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA
Magistrát hlavního města Prahy
Odbor správních činností ve zdravotnictví a sociální péči
Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Charvátova 145/9, Praha 1

Ž Á D O S T

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)

FYZICKÁ OSOBA

Údaje o žadateli:

Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

IČ (bylo-li přiděleno):

Tel.: E-mail:

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu a příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

Odborný zástupce (je-li/musí-li být ustanoven dle § 12 odst. 2 a 3 zákona, je-li více odb. zástupců, uveďte všechny včetně oborů):

Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

IČ (bylo-li přiděleno):

Tel.: E-mail:

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu a příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

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 poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... část obce: kraj:

PSČ.....

Tel.: E-mail:

Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:

Formu zdravotní péče: (zatržením zvolte)

- ambulantní péče - primární ambulantní péče (registrující poskytovatel)
- specializovaná ambulantní péče
- stacionární péče
- 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

Obory zdravotní péče:

.....
.....

(dle zákona 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 a vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby: (zatržením zvolte)

- léčebně rehabilitační péče
 ošetrovatelská péče
 paliativní péče
 lékárenská péče
 zdravotnická záchranná služba
 zdravotnická dopravní služba
 přeprava pacientů neodkladné péče

Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:

dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

jiné

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

KONTAKTY:

Adresa pro doručování:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ.....

ID datové schránky

Mobilní telefon: E-mail:

Místně příslušný finanční úřad (vyplnit přesnou adresu):

.....

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení (vyplnit přesnou adresu):

.....

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 21 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).

Vydání rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši Kč 1.000,--. Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 30015-5157998/6000, v.s. 4004005714, s.s. = číslo jednací podané žádosti, nebo v hotovosti v pokladně Magistrátu hl. m. Prahy.

V Praze dne:

podpis žadatele

Seznam dokladů žádosti poskytovatele zdravotních služeb - fyzická osoba

1. **Žádost** o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.
2. **Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání (včetně zdravotní způsobilosti k výkonu povolání)** poskytovatele zdravot. služeb, má-li tuto způsobilost :
 - 2.1. **Doklady o vzdělání:**
 - **všeobecní praktičtí lékaři** – doklad o specializaci I. stupně v oboru všeobecné lékařství dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ
 - **ostatní lékaři** – doklad o specializované způsobilosti v oboru (specializace II. stupně dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ o specializované způsobilosti – u rozhodnutí pravomocný)
 - **zubní lékaři** – diplom VŠ v oboru stomatologie (bylo-li studium zahájeno v akad. roce 2003/2004) nebo diplom v oboru zubní lékařství
 - **zubní lékaři se specializací** – doklad o specializaci v příslušném oboru
 - **farmaceuti** (vedoucí lékárníci) doklad o specializaci v některém ze specializačních oborů
 - **nelékařská povolání** – osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu
 - 2.2. **Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání** (vydává registrující praktický lékař)
3. **Doklad o bezúhonnosti** (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů – výpis zajistí správní orgán).
4. **Členství v komoře** u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů:
 - lékaři: <http://www.lkcr.cz/seznam-lekaru-67.html>
 - zubní lékaři: <http://domino.dent.cz/csk/Pro-verejnost/Seznam-lekaren.aspx>
 - farmaceuti: <http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Seznam-lekaren.aspx>

podle § 24 odst. 3 písm. D)(poskytovatel neplní povinnost platit pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti)

podle § 24 odst. 4 písm. a)(poskytovatel poskytoval zdrav. služby pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky)

podle § 24 odst. 4 písm. b)(poskytovatel opakovaně poskytoval zdrav. služby prostřednictvím osoby, která byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové služby, a neučinil nápravná opatření)

podle § 24 odst. 4 písm. c)(poskytovatel poskytoval zdrav. služby prostřednictvím osoby, která není způsobilá k výkonu zdrav. povolání podle jiného právního předpisu)

podle § 24 odst. 4 písm. d)(poskytovatel závažným způsobem nebo opakovaně porušil povinnosti vyplývající pro něj ze zákona o veřejném zdravotním pojištění)

podle § 24 odst. 4 písm. e)(poskytovatel opakovaně požadoval od pacientů úhradu za zdravotní služby v rozporu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění) a to po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o odnětí oprávnění

§ 17 c) fyzické nebo právnické osobě po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o zamítnutí insolvenčního návrhu proto, že majetek dlužníka nepostačuje k úhradě nákladů insolvenčního řízení nebo po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o zrušení konkursu proto, že majetek dlužníka je zcela nepostačující pro uspokojení věřitelů

§ 17 d) fyzické nebo právnické osobě, jestliže soud v insolvenčním řízení nařídil předběžné opatření, jímž tuto osobu, jejíž úpadek nebo hrozící úpadek se v tomto řízení řeší, omezil v nakládání s majetkovou podstatou a předběžný insolvenční správce nedal k úkonům této osoby souvisejícím se vznikem oprávnění písemný souhlas

§ 17 e) fyzické nebo právnické osobě v průběhu insolvenčního řízení, na jejíž majetek byl prohlášen konkurs, a insolvenční správce nedal k úkonům této osoby souvisejícím se vznikem oprávnění písemný souhlas.

¹ § 17: **Oprávnění k poskytování zdravotních služeb nelze udělit:**

§ 17 a) fyzické osobě, které byl uložen soudem nebo správním orgánem zákaz činnosti spočívající v poskytování zdravotních služeb, a to po dobu trvání tohoto zákazu

§ 17 b) fyzické nebo právnické osobě, které bylo odňato oprávnění:

podle § 24 odst. 2 písm. b) (poskytovatel není pojištěn pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb)

podle § 24 odst. 3 písm. a)(poskytovatel závažným způsobem nebo opakovaně porušil povinnost stanovenou pro poskytování zdravotních služeb tímto zákonem nebo jiných právním předpisem),

podle § 24 odst. 3 písm. B)(poskytovatel nesplnil povinnost odstranit zjištěné nedostatky ve stanovené lhůtě)

podle § 24 odst. 3 písm. c) poskytovatel nevede zdravotní dokumentaci nebo ji vede v rozporu s tímto zákonem nebo jiných právním předpisem)

5. **Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění** uvedených v ust. § 17 písm. a) až e)¹
6. **Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR**, pokud má žadatel povinnost takové povolení mít.
7. V případě ustanovení **odborného zástupce**:
- 7.1. **Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání** odborného zástupce
- 7.2. **Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání**
- 7.3. **Doklad o bezúhonnosti** (za předpokladu, že bude uvedeno rodné číslo, výpis z evidence Rejstříku trestů zajistí správní orgán. V opačném případě je nutno doložit výpis z evidence Rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti).
- 7.4. **Členství v komoře** u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů:
- lékaři: <http://www.lkcr.cz/seznam-lekaru-67.html>
 - zubní lékaři: <http://domino.dent.cz/csk/Pro-verejnost/Seznam-lekaren.aspx>
 - farmaceuti: <http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Seznam-lekaren.aspx>
- 7.5. **Prohlášení odborného zástupce**, (ust. § 14 odst. 1 a 3) - nelze vykonávat funkci OZ pro více než 2 poskytovatele
- 7.6. **Doklad o pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli** (neplatí pro OZ manžela/manželku a registrovaného partnera/partnerku – i v tomto případě musí být smlouva)
- 7.7. **Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR**, pokud má odborný zástupce povinnost takové povolení mít.
8. **Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**, kteří budou vykonávat zdravot. povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
9. **Doklad**, z něhož vyplývá **oprávnění žadatele užívat prostory** k poskytování zdravotních služeb.
10. **Prohlášení**, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno**.
11. **Provozní řád a rozhodnutí o schválení PŘ** (pravomocné) vydané orgánem ochrany veřejného zdraví.
12. **Souhlasné závazné stanovisko SÚKL** k technickému a věcnému vybavení zdr. zařízení, jde-li o poskytování **lékárenské péče**.
13. **Povolení k činnosti podle atomového zákona** vydané SÚJB (pravomocné), budou-li při poskytování zdr. služeb používány zdravotnické prostředky užívané k lékařskému ozáření.
14. **Souhlas ministerstva s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče**
15. **Do 15 dnů ode dne zahájení poskytování zdravotních služeb** zaslat příslušnému správnímu orgánu kopii **pojistné smlouvy odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb** (ustanovení § 45 odst. 2 písm. n) zákona č. 372/2012 Sb.)

Poskytovatel zdravotních služeb poskytovaných ve zdravotnickém zařízení provozovaném jiným poskytovatelem

1. **Žádost o udělení oprávnění** k poskytování zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení provozovaném jiným poskytovatelem.

2. **Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání včetně zdravotní způsobilosti k výkonu povolání** (viz bod 2 výše)

2.1. **Doklady o vzdělání, u nelékařských povolání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu**

2.2. **Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání** (lékařský posudek)

3. **Doklad o bezúhonnosti** (za předpokladu, že bude uvedeno rodné číslo, výpis z evidence Rejstříku trestů zajistí správní orgán. V opačném případě je nutno doložit výpis z evidence Rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti).

4. **Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR**, pokud má žadatel povinnost takové povolení mít.

5. **Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ust. § 17 písm. a) až e)**¹

6. **Smlouva 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 nebo** nevyplývá-li ze smlouvy splnění všech požadavků na technické a věcné vybavení a personální zabezpečení, dokládá doklady – viz body 8, 10, 11, 12, 13, 14.

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA
Magistrát hlavního města Prahy
Odbor správních činností ve zdravotnictví a sociální péči
Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Charvátova 145/9, Praha 1

Ž Á D O S T
o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů
za účelem doložení bezúhonnosti
dle § 13 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Jméno:

Rodné příjmení:

Nynější příjmení:

Rodné číslo: Muž / Žena

Státní občanství:

Narození

Stát:

Okres:

Obec:

Datum:

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 21 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).

Žádost se nepřekládá, pokud bude předložen výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti.

V Praze dne
.....
podpis

Vyplní správní orgán:

Městská část:	
Spis čj.:	
Poskytovatel zdravotních služeb:	
Fyzická osoba / Právnícká osoba	Statutární zástupce / Odborný zástupce
Číslo evidenční:	