

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA  
Magistrát hlavního města Prahy  
Odbor zdravotnictví  
Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, 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: .....

IČO (bylo-li přiděleno): .....

Tel.: ..... E-mail: .....

Adresa místa trvalého pobytu: / Adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky:

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: .....

IČO (bylo-li přiděleno): .....

Tel.: ..... E-mail: .....

Adresa místa trvalého pobytu: / Adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky:

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 sídla/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 nebo konzultačních služeb uveďte místa kontaktních pracovišť):**

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... část obce: ..... kraj: .....

PSČ.....

Tel.: ..... E-mail: .....

**V případě více míst poskytování zdravotních služeb uveďte adresu sídla/místa podnikání, kterou požadujete uvést do základních registrů:**

*(uvedený údaj je nutné vyplnit)*

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)*

**Mimo zdravotnické zařízení lze poskytovat: (zatrhnutím zvolte)**

- konzultační služby  
 zdravotnickou dopravní službu a přepravu pacientů neodkladné péče  
 přednemocniční neodkladnou péči poskytovanou v rámci záchranné služby

**Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby: (zatrhnutím zvolte)**

- léčebně rehabilitační péče  
 ošetrovatelská péče  
 paliativní péče  
 lékařská 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 uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

*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, nebo v hotovosti v pokladně Magistrátu hl. m. Prahy.*

V Praze dne: .....

.....

podpis žadatele

## **Seznam dokladů žádosti poskytovatele zdravotních služeb - fyzická osoba**

1. **Formulář pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb** - ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu)

2. **Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání (včetně zdravotní způsobilosti k výkonu povolání)** poskytovatele zdravotních 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 o specializované způsobilosti
- **ostatní lékaři** – doklad o specializované způsobilosti v oboru (specializace II. stupně dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ o specializované způsobilosti příp. o zvláštní 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** doklad o specializaci v některém ze specializačních oborů
- **nelékařská povolání** – doklady o absolvování studia, příp. doložení délky výkonu zdrav. povolání dle příslušných ustanovení zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

2.2. **Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání** (vydává registrující praktický lékař, viz formulář dle vyhlášky č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - Lékařský posudek – ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu))

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 - viz formulář Žádost o výpis z rejstříku trestů – ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu)). Občané jiných států – doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem.

4. **Členství v komoře** u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů

5. **Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění** uvedených v ust. § 17 písm. a) až e) zákona č. 372/2011 Sb. - ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu)

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 (viz bod 2.1.)

7.2. **Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání** (viz bod 2.2.)

7.3. **Doklad o bezúhonnosti** (viz bod 3.)

7.4. **Členství v komoře** u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (viz prohlášení bod 7.5. - ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu))

7.5. **Prohlášení odborného zástupce**, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že netrvá žádný z důvodů uvedených v ust. § 14 odst. 1 a 3 zákona č. 372/2011 Sb., pro který by nemohl

funkci odborného zástupce vykonávat - nelze vykonávat funkci odborného zástupce pro více než 2 poskytovatele - ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu)

7.6. **Doklad o pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli** (neplatí pro odborného zástupce, který je současně statutárním zástupcem nebo manželem/manželkou nebo registrovaným partnerem/partnerkou – 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 zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb - ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu)

9. **Doklad**, z něhož vyplývá **oprávnění žadatele užívat prostory** k poskytování zdravotních služeb včetně dokladu, z něhož vyplývá, že zdravotnické zařízení splňuje požadavky týkající se stavebně technického, funkčního a dispozičního uspořádání prostor (kolaudační souhlas, změna v užívání stavby apod.)

10. **Prohlášení**, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno** - ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu).

11. **Provozní řád a rozhodnutí o schválení provozního řádu** (pravomocné) vydané orgánem ochrany veřejného zdraví.

12. **Souhlasné závazné stanovisko Státního ústavu pro kontrolu léčiv** k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování **lékárenské péče**.

13. Nabyvatel majetkových vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí doklady prokazující přechod majetkových práv na žadatele (dle ustanovení § 23 odst. 3 zákona č. 372/2012 Sb.).

14. Doklad o úhradě správního poplatku.

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. 372/2011 Sb.)

## Poskytovatel zdravotních služeb poskytovaných ve zdravotnickém zařízení provozovaném jiným poskytovatelem

1. **Formulář pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb** - ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu)

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 o specializované způsobilosti
- **ostatní lékaři** – doklad o specializované způsobilosti v oboru (specializace II. stupně dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ o specializované způsobilosti příp. o zvláštní 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** doklad o specializaci v některém ze specializačních oborů
- **nelékařská povolání** – doklady o absolvování studia, příp. doložení délky výkonu zdrav. povolání dle příslušných ustanovení zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

2.2. **Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání** (vydává registrující praktický lékař, viz formulář dle vyhlášky č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - Lékařský posudek – ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu))

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 - viz formulář Žádost o výpis z rejstříku trestů – ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu)). Občané jiných států – doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem.

4. **Členství v komoře** u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů

5. **Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění** uvedených v ust. § 17 písm. a) až e) zákona č. 372/2011 Sb. - ke stažení [www.zdravotni.praha.eu](http://www.zdravotni.praha.eu)

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

7. **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 příslušné doklady

7. **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. 372/2011 Sb.)

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA  
Magistrát hlavního města Prahy  
Odbor zdravotnictví  
Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, 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/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

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:	