

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA
Magistrát hlavního města Prahy
Odbor sociálních věcí a zdravotnictví (oddělení zdravotních služeb)
Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, Praha 1

**Formulář pro změnu oprávnění k poskytování zdravotních služeb
(registrace NZZ)**

v souvislosti s plněním oznamovací povinnosti podle ustanovení zákona č. 372/2011 Sb.,
o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve
znění pozdějších předpisů

FYZICKÁ OSOBA

Údaje o žadateli:

Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

IČO:

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)

Spisová značka rozhodnutí o udělení oprávnění (rozhodnutí o registraci NZZ), o jehož změnu žadatel
žádá:

Oznamuji tyto změny v souvislosti s ustanovením § 21 zákona č. 372/2011 Sb.:

➤ **Osobní údaje poskytovatele zdravotních služeb:**

Nové příjmení:

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

obec část obce

ulice č.p./č.or. PSČ

Stát

Telefon/mobil: e-mail:

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

➤ **Údaje o odborném zástupci:**

změna osobních údajů odborného zástupce

Jméno, příjmení, titul:

.....

rodné příjmení státní občanství

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

obec část obce

ulice č.p./č.or. PSČ

Stát

Telefon/mobil: e-mail:.....

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

➤ **Změna data zahájení poskytování zdravotních služeb:**

.....

Žádám o tyto změny v souvislosti s ustanovením § 20a nebo § 23 zákona č. 372/2011 Sb.:

➤ **Údaje o místě/místech poskytování zdravotních služeb, údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:**

- a) změna místa poskytování **)
- b) rozšíření oprávnění o další místo poskytování**)
- c) zúžení (zrušení) oprávnění o místa poskytování**)
- d) rozšíření poskytovaných služeb o obor/y**) včetně uvedení formy, případně druhu poskytovaných zdravotních služeb
- e) zúžení (zrušení) poskytovaných služeb v oboru/v oborech**) včetně uvedení formy, případně druhu poskytovaných zdravotních služeb

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 nebo konzultačních služeb 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:

ROZSAH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Formu zdravotní péče: *(zatrhnutím 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
 - ☐ sociálně-zdravotní lůžková péče
- ☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:
 - ☐ návštěvní služba
 - ☐ domácí péče
 - ☐ ošetrovatelská
 - ☐ léčebně rehabilitační
 - ☐ paliativní
 - ☐ umělá plicní ventilace
 - ☐ dialýza
 - ☐ ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb
 - ☐ ošetrovatelská péče **bude** poskytována v nepřetržitém provozu
 - ☐ ošetrovatelská péče **nebude** poskytována v nepřetržitém provozu

Druh zařízení pobytových sociálních služeb (uveďte se v případě poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče, ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb):

- ☐ centrum denních služeb
- ☐ denní stacionář
- ☐ týdenní stacionář
- ☐ domov pro seniory
- ☐ domov se zvláštním režimem
- ☐ domov pro osoby se zdravotním postižením
- ☐ pobytové zařízení odlehčovacích služeb

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
- ☐ zdravotní služby poskytované centrem duševního zdraví (§ 44b)
- ☐ preventivní péče (§11a)
- ☐ telemedicínské zdravotní služby (§ 11c odst.2)
- ☐ zdravotnickou dopravní službu a přepravu pacientů neodkladné péče
- ☐ přednemocniční neodkladnou péči poskytovanou v rámci záchranné služby

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

- ☐ léčebně rehabilitační péče
☐ ošetrovatelská péče
☐ paliativní péče
☐ lékařská a farmaceutická péče
 ☐ lékařská péče základního typu
 ☐ výdejna zdravotnických prostředků

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 změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši Kč 500,- (změna rozsahu zdravotních služeb, místa poskytování). 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

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:**

Lékařská povolání:

(zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů)

- **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:

(zákon 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)

– doklady o absolvování studia, příp. doložení délky výkonu zdrav. povolání dle příslušných ustanovení zákona č. 96/2004 Sb.

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 <https://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 <https://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. b) a c) zákona č. 372/2011 Sb. a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v § 17 písm. d) nebo e) zákona - ke stažení <https://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 <https://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 <https://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 <https://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 <https://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.).

15. Při poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče doložit **rozhodnutí o registraci k poskytování sociálních služeb** se shodným místem poskytování, jaké je uvedeno v oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o sociálních službách pro:

- týdenní stacionář
- domov pro seniory
- domov se zvláštním režimem
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- pobytové zařízení odlehčovacích služeb

16. Při poskytování ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb **doložit rozhodnutí o registraci k poskytování sociálních služeb** podle zákona o sociálních službách pro:

- centrum denních služeb
- denní stacionář
- týdenní stacionář
- domov pro seniory
- domov se zvláštním režimem
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- zařízení odlehčovacích služeb

17. Při poskytování centra duševního zdraví doložit **rozhodnutí o registraci k poskytování sociálních služeb centra duševního zdraví** podle § 70a zákona o sociálních službách nebo doložit **smlouvu o zajišťování sociálních služeb prostřednictvím smluvního poskytovatele sociálních služeb**, který je držitelem této registrace.

18. Doklad o úhradě správního poplatku.

(Vydání rozhodnutí o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši **Kč 500,-**. Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 30015-5157998/6000, v.s. 4004005714, nebo v hotovosti v pokladně Magistrátu hl. m. Prahy.)

19. **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 (dle ust. § 16 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.)

1. **Formulář pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb** - ke stažení <https://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:

- **ostatní lékaři** (kromě gynekologie a porodnictví, všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, zubní lékařství) – 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 se specializací** – doklad o specializaci v příslušném oboru
- **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 <https://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 <https://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. b) a c) zákona č. 372/2011 Sb. a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v § 17 písm. d) nebo e) zákona - ke stažení <https://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;**

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 ust. § 18 odst. 2 písm. a) v bodech 4. až 8. zákona č. 372/2011 Sb., tj.:

- seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli,
- prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno,
- souhlasné závazné stanovisko vydané Státním ústavem pro kontrolu léčiv k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče,
- rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdravotní a provozní řád.

8. 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 sociálních věcí a zdravotnictví (oddělení zdravotních služeb)

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:

Číslo občanského průkazu: 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 / Právnická osoba	Statutární zástupce / Odborný zástupce
Číslo evidenční:	