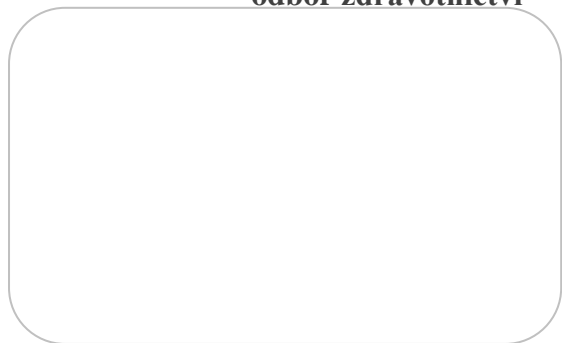


odbor zdravotnictví



**Žádost poskytovatele zdravotních služeb o změnu  
OBORU, MÍSTA POSKYTOVÁNÍ v oprávnění/registraci**

dle § 18/§ 23/§ 121 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“)

**Údaje o poskytovateli:**

Jméno, příjmení, titul/Název poskytovatele .....

Adresa místa trvalého pobytu/adresa sídla:

obec..... část obce.....

ulice..... č. p./č. o. .... PSC..... Stát .....

datum a místo narození: .....

IČO: .....

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

**Další kontaktní údaje dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů<sup>1</sup>:** telefon: ..... fax: .....

Adresa internetových stránek: .....

Identifikátor datové schránky: ..... adresa elektronické pošty: .....

**I. Dle § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách žádám o rozšíření oprávnění o místo/a poskytování (adresa nové ordinace)**

**Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb**

obec..... část obce.....

ulice..... č. p./č. o. .... PSC.....

telefon: .....

obec..... část obce.....

ulice..... č. p./č. o. .... PSC.....

telefon: .....

<sup>1</sup> 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.

Datum, k němuž žádám o provedení změny:

- dnem nabytí právní moci rozhodnutí
- jiné datum .....

II. **Dle § 23 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách žádám o zúžení oprávnění o místo/a poskytování zdravotních služeb** (adresa rušené ordinace)

Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb

obec..... část obce.....  
ulice..... č. p./č. o. .... PSČ.....  
telefon: .....

obec..... část obce.....  
ulice..... č. p./č. o. .... PSČ.....  
telefon: .....

Datum, k němuž žádám o provedení změny:

- dnem nabytí právní moci rozhodnutí
- jiné datum .....

III. **Dle § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách žádám o rozšíření oprávnění o obor, formu, druh poskytované zdravotní péče nebo zdravotní službu**

V místě poskytování zdravotních služeb (adresa) .....

Obor<sup>2</sup>: .....

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE	
<input type="checkbox"/> <b>ambulantní péče</b>	<input type="checkbox"/> <b>lůžková péče</b>
▪ primární	▪ akutní lůžková péče intenzivní
▪ specializovaná	▪ akutní lůžková péče standardní
▪ stacionární	▪ následná lůžková péče
<input type="checkbox"/> <b>jednodenní péče</b>	▪ dlouhodobá lůžková péče
<input type="checkbox"/> <b>zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:</b>	
▪ návštěvní služba	▪ paliativní
▪ domácí péče - ošetřovatelská	▪ umělá plicní ventilace
▪ léčebně rehabilitační	▪ dialýza
<b>DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE</b>	<b>NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY</b>
<input type="checkbox"/> léčebně rehabilitační péče	<input type="checkbox"/> zdravotnická záchranná služba
<input type="checkbox"/> lázeňská léčebně rehabilitační péče	<input type="checkbox"/> zdravotnická dopravní služba
<input type="checkbox"/> ošetřovatelská péče	<input type="checkbox"/> přeprava pacientů neodkladné péče
<input type="checkbox"/> paliativní péče	
<input type="checkbox"/> lékárenská péče	

<sup>2</sup> 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, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů

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

- dnem nabytí právní moci rozhodnutí
- jiné datum .....

**IV. Dle § 23 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách žádám o zúžení oprávnění o obor, formu, druh poskytované zdravotní péče nebo zdravotní službu (rušený obor)**

**V místě poskytování zdravotních služeb (adresa) .....**

**Obor<sup>3</sup>:.....**

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE	
<input type="checkbox"/> <b>ambulantní péče</b>	<input type="checkbox"/> <b>lůžková péče</b>
▪ primární	▪ akutní lůžková péče intenzivní
▪ specializovaná	▪ akutní lůžková péče standardní
▪ stacionární	▪ následná lůžková péče
<input type="checkbox"/> <b>jednodenní péče</b>	▪ dlouhodobá lůžková péče
<input type="checkbox"/> <b>zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:</b>	
▪ návštěvní služba	▪ paliativní
▪ domácí péče - ošetrovatelská	▪ umělá plicní ventilace
▪ léčebně rehabilitační	▪ dialýza
<b>DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE</b>	<b>NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY</b>
<input type="checkbox"/> léčebně rehabilitační péče	<input type="checkbox"/> zdravotnická záchranná služba
<input type="checkbox"/> lázeňská léčebně rehabilitační péče	<input type="checkbox"/> zdravotnická dopravní služba
<input type="checkbox"/> ošetrovatelská péče	<input type="checkbox"/> přeprava pacientů neodkladné péče
<input type="checkbox"/> paliativní péče	
<input type="checkbox"/> lékařská péče	

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

- dnem nabytí právní moci rozhodnutí
- jiné datum .....

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

*(zatrhnutím zvolte)*

- VZP (111)
- VOZP (201)
- ČPZP (205)
- OZP (207)
- ZPŠ (209)
- ZP MVČR (211)
- RBP (213)

<sup>3</sup> 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, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů

**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  
(vypište hůlkovým písmem)

.....  
podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

**Pokyny k úhradě správního poplatku:**

*Správní poplatek **ve výši 500 Kč** lze uhradit na číslo účtu: 19-7964100227/0100, var. symbol 136109, specifický symbol IČO poskytovatele, nebo v hotovosti v pokladně Krajského úřadu Libereckého kraje (10. patro).*

*Přijetí žádosti o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, jejímž předmětem je změna*

- *rozsahu zdravotních služeb, týkající se formy, oboru nebo druhu zdravotní péče nebo zdravotní služby,*
- *místa poskytování zdravotních služeb, místa pracoviště poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče nebo místa kontaktního pracoviště poskytovatele domácí péče, 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.*