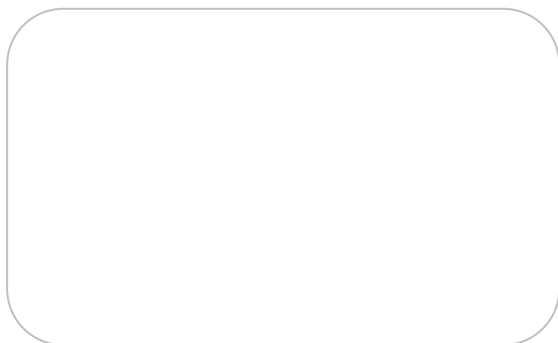




KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví



Žádost o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb – změna oboru, místa poskytování, doby platnosti
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

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	
<input type="checkbox"/> ambulantní péče	<input type="checkbox"/> lůžková péče
▪ primární	▪ akutní lůžková péče intenzivní
▪ specializovaná	▪ akutní lůžková péče standardní
▪ stacionární	▪ následná lůžková péče
<input type="checkbox"/> jednodenní péče	▪ dlouhodobá lůžková péče
<input type="checkbox"/> zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:	
▪ návštěvní služba	▪ paliativní
▪ domácí péče - ošetrovatelská	▪ umělá plicní ventilace
▪ léčebně rehabilitační	▪ dialýza
DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE	NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY
<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"/> lékárenská péče	
<input type="checkbox"/> provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení	
<input type="checkbox"/> hospic	

b. žádám o zrušení (uved'te rušený obor, formu, druh nebo název zdravotní péče nebo zdravotní služby) v místě poskytování zdravotních služeb:

.....

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.

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE	
<input type="checkbox"/> ambulantní péče	<input type="checkbox"/> lůžková péče
▪ primární	▪ akutní lůžková péče intenzivní
▪ specializovaná	▪ akutní lůžková péče standardní
▪ stacionární	▪ následná lůžková péče
<input type="checkbox"/> jednodenní péče	▪ dlouhodobá lůžková péče
<input type="checkbox"/> zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:	
▪ návštěvní služba	▪ paliativní
▪ domácí péče - ošetrovatelská	▪ umělá plicní ventilace
▪ léčebně rehabilitační	▪ dialýza
DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE	NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY
<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"/> lékárenská péče	
<input type="checkbox"/> provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení	
<input type="checkbox"/> 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 adresy místa 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 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

Uveďte 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)

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:

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).**

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.