**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 (právnická 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/právnické osoby:

Obec ……………….…….……..……… část obce …………………………………………….

Ulice ……………..…………………… č. p./č. o. ……………………… PSČ ………………

Stát …………………………………………………………………

**Další kontaktní údaje poskytovatele dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů[[1]](#footnote-1):**

Telefon …….………………….…………………… Fax ………..……………….…………….

Adresa internetových stránek …………………………………….……….……………………

Identifikátor datové schránky …………….………………………..……….………………….

Adresa elektronické pošty …………………………………………………..…………………

1. **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.
2. žádám o zapsání (uveďte nový obor, formu, druh nebo název zdravotní péče nebo zdravotní služby) v místě poskytování zdravotních služeb:

…………………………………….………………………………………………….…

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE** | |
| * **ambulantní péče** | * **lůžková péče** |
| * primární | * + akutní lůžková péče intenzivní |
| * specializovaná | * + akutní lůžková péče standardní |
| * stacionární | * + následná lůžková péče |
| * **jednodenní péče** | * + dlouhodobá lůžková péče |
| * **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta**: | |
| * + návštěvní služba | * + paliativní |
| * + domácí péče - ošetřovatelská | * + umělá plicní ventilace |
| * + léčebně rehabilitační | * + dialýza |
| **DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE** | **NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY** |
| * léčebně rehabilitační péče | * zdravotnická záchranná služba |
| * lázeňská léčebně rehabilitační péče | * zdravotnická dopravní služba |
| * ošetřovatelská péče | * přeprava pacientů neodkladné péče |
| * paliativní péče |  |
| * lékárenská péče |  |

|  |
| --- |
|  |
| * **provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení** |
| * **hospic** |

1. žádám o zrušení (uveďte rušený obor, formu, druh nebo název zdravotní péče nebo zdravotní služby) v místě poskytování zdravotních služeb:

……………………………………………….…….……………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE** | |
| * **ambulantní péče** | * **lůžková péče** |
| * primární | * + akutní lůžková péče intenzivní |
| * specializovaná | * + akutní lůžková péče standardní |
| * stacionární | * + následná lůžková péče |
| * **jednodenní péče** | * + dlouhodobá lůžková péče |
| * **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta**: | |
| * + návštěvní služba | * + paliativní |
| * + domácí péče - ošetřovatelská | * + umělá plicní ventilace |
| * + léčebně rehabilitační | * + dialýza |
| **DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE** | **NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY** |
| * léčebně rehabilitační péče | * zdravotnická záchranná služba |
| * lázeňská léčebně rehabilitační péče | * zdravotnická dopravní služba |
| * ošetřovatelská péče | * přeprava pacientů neodkladné péče |
| * paliativní péče |  |
| * lékárenská péče |  |

|  |
| --- |
|  |
| * **provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení** |
| * **hospic** |

**Datum, k němuž žádám o provedení změny rozsahu zdravotních služeb:**

* dnem nabytí právní moci rozhodnutí
* jiné datum …………………………

1. **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.
2. žádám o zrušení místa poskytování na adrese:

Obec: ……………………..……..………… část obce …………………………………….

Ulice …………………………… č.p/č.o. …………………………. PSČ …………………

1. 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 …………………………

1. **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 podpis osoby oprávněné jednat

jednat za žadatele za žadatele

*(vypište hůlkovým písmem)*

**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.

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. [↑](#footnote-ref-1)