

## **Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb** **fyzická osoba**

na základě § 16 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách)

### **Žadatel:**

Titul, jméno, 2. jméno, příjmení: .....

rodné příjmení (u cizinců \*).....

číslo OP\*).....státní občanství.....

datum narození .....pohlaví\*).....

místo narození\*).....okres\*).....stát\*).....

trvalý pobyt: ulice..... č.p:.....č.or:.....

obec:.....PSČ.....

IČO (bylo-li přiděleno):.....datová schránka<sup>1</sup>:.....

*(Nepovinné údaje telefon a e-mail - slouží pro komunikaci se správním úřadem:)*

Telefon:..... e-mail:.....

*(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)*

(zaškrtněte)

☐ člen České lékařské komory

☐ člen České lékárnické komory

☐ člen České stomatologické komory

☐ nelékař

☐ ustanoven odborný zástupce

**Datum zahájení poskytování zdravotních služeb:**.....

**Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby:** .....

*(vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou)*

<sup>1</sup> je-li zřízena pro podnikající fyzickou osobu

**Rozhodnutí: (zaškrtněte)**

1. Zaslát DS
2. Zaslát poštou
3. Vyzvednu osobně

**Adresa pro doručování písemností je-li odlišná od adresy trvalého pobytu:**

ulice..... č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V .....dne.....

Podpis žadatele .....

**Poznámka:**

Přijetí žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů správnímu poplatku ve výši **1.000,- Kč**. Správní poplatek lze uhradit bankovním převodem na č.ú. 882 733 379/0800, VS 12131118 nebo hotově v pokladně Krajského úřadu Ústeckého kraje. Při platbě bankovním převodem uveďte své jméno do zprávy pro příjemce.

**Kopii dokladu o zaplacení přiložte k žádosti**

---

\*) pro účely výpisu z Rejstříku trestů (podle § 13 odst. 3 zákona žádá o vydání výpisu pro účely správního řízení správní orgán příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb)

**Forma zdravotní péče (pro každý obor):<sup>2</sup>**

Ambulantní péče  
Primární ambulantní péče  
Specializovaná ambulantní péče  
Stacionární péče  
Akutní lůžková péče intenzivní  
Akutní lůžková péče standardní  
Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP)  
Dlouhodobá lůžková paliativní péče  
Dlouhodobá lůžková péče - standardní  
Jednodenní péče  
Následná léčebně rehabilitační péče  
Následná lůžková intenzivní péče  
Následná lůžková péče - standardní  
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - dialýza  
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - domácí péče - léčebně rehabilitační  
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - domácí péče - ošetrovatelská  
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - domácí péče - paliativní  
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - návštěvní služba  
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - umělá plicní ventilace

**Popř. Druh zdravotní péče<sup>3</sup>:**

Léčebně rehabilitační péče  
Lázeňská léčebně rehabilitační péče  
Ošetrovatelská péče  
Paliativní péče  
Lékařská péče, výdej a prodej zdravotnických prostředků

**Popř. Zdravotní služba:**

Zdravotnická záchranná služba  
Zdravotnická dopravní služba  
Přeprava pacientů neodkladné péče  
Odběrová nebo tkáňová zařízení  
Transfúzní služba nebo krevní banka

**Obor zdravotní péče:<sup>4</sup>**

.....  
(dle zákona č.95/2004 Sb., vyhlášky č.185/2009 Sb. a zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

**Místo poskytování zdravotních služeb<sup>5</sup>:**

.....  
Ulice :..... č.p.:..... č.or.:.....

Obec:..... PSČ..... Okres :.....

Bezbariérový přístup pro imobilní pacienty (přístup pro vozíčkáře): ☐ ANO x ☐ NE

Telefon do ordinace:.....  
(bude zveřejněn v Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb)

E-mail pro pacienty:.....  
(bude zveřejněn v Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb)

<sup>2</sup> Nehodící se škrtněte

<sup>3</sup> Nehodící se škrtněte

<sup>4</sup> V případě více oborů vytiskněte potřebný počet strany 3

<sup>5</sup> V případě více míst vytiskněte potřebný počet strany 3

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V .....dne.....

Podpis žadatele .....

## Prohlášení odborného zástupce

Název poskytovatele:.....

IČO:.....

Titul, jméno, příjmení odborného zástupce.....

rodné příjmení (u cizinců \*) .....

číslo OP\*).....státní občanství.....

datum narození.....pohlaví\*).....

místo narození\*).....okres\*).....stát\*).....

trvalý pobyt: ulice.....č.p:.....č.or:.....

obec:.....PSČ:.....

telefon:.....email:.....

(nepovinné údaje telefon a email – slouží ke komunikaci se správním úřadem)

**Prohlašuji, že souhlasím s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u mě netrvá žádný z důvodů uvedených v § 14 odst. 1 a 3 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, pro který bych nemohl/a funkci odborného zástupce vykonávat:**

- jsem způsobilý/á k samostatnému výkonu zdravotnického povolání podle § 12 zákona č. 372/2011 Sb.
- jsem členem České lékařské/stomatologické/lékařnické komory, jestliže členství v komoře je podmínkou pro výkon povolání
- jsem plně svéprávný/á
- jsem bezúhonný/á
- jsem držitelem povolení k pobytu na území České republiky, pokud mám povinnost takové povolení mít
- netrvá u mě některá z překážek pro udělení oprávnění uvedená v ustanovení § 17 zákona č. 372/2011 Sb.
- nevykonávám funkci odborného zástupce pro více než 2 poskytovatele

*Odborný zástupce odborně řídí poskytování zdravotních služeb.*

*Funkce odborného zástupce musí být vykonávána v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli. Tato podmínka neplatí, je-li odborný zástupce statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu poskytovatele nebo je-li odborný zástupce manželem nebo registrovaným partnerem poskytovatele; i v tomto případě musí být odborný zástupce k poskytovateli ve smluvním vztahu.*

*Odborný zástupce je povinen písemně oznámit poskytovateli všechny změny údajů uvedených o něm v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, v žádosti o udělení tohoto oprávnění a v dokladech předkládaných s touto žádostí a změny a doplnění údajů týkajících se podmínek pro výkon funkce odborného zástupce a předložit doklady o nich. Změny a doplnění údajů podle věty první musí odborný zástupce oznámit do 10 dnů ode dne, kdy k nim došlo.*

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle ustanovení § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V .....dne.....

**Podpis odborného zástupce:.....**

\*) pro účely výpisu z Rejstříku trestů (podle § 13 odst. 3 zákona žádá o vydání výpisu pro účely správního řízení správní orgán příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb)

## **Prohlášení o technickém a věcném vybavení**

žadatele o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 18 odst.2 písm. a) bod 5. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

### **Žadatel:**

Titul, jméno,2.jméno, příjmení:.....

datum narození:.....

trvalý pobyt: ulice:..... č.p.:.....č.or.:.....

obec:..... PSČ:.....

*(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)*

## **prohlašuji,**

že zdravotnické zařízení na adrese:

### **Místo poskytování zdravotních služeb:**

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....Okres:.....

obory: .....

je v souladu s ustanovením § 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách a v souladu s vyhláškou č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V .....dne.....

Podpis žadatele .....

**Další místo poskytování zdravotních služeb:**

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....Okres:.....

obory: .....

je v souladu s ustanovením § 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách a v souladu s vyhláškou č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

**Další místo poskytování zdravotních služeb:**

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....Okres:.....

obory: .....

je v souladu s ustanovením § 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách a v souladu s vyhláškou č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

**Další místo poskytování zdravotních služeb:**

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....Okres:.....

obory: .....

je v souladu s ustanovením § 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách a v souladu s vyhláškou č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V .....dne.....

Podpis žadatele .....

## **Prohlášení, že netrvá žádná překážka pro udělení oprávnění podle § 17**

žadatele o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 18 odst. 2 písm. a) bod 11. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

### **Žadatel:**

Titul, jméno, 2.jméno, příjmení:.....

datum narození:.....

trvalý pobyt: ulice:..... č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....

*(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)*

### **prohlašuji**

dle ustanovení § 18 odst. 2 písm. a) bod 11 zákona o zdravotních službách, že **netrvá žádná z překážek** pro udělení oprávnění uvedených v § 17 zákona o zdravotních službách.

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V .....dne.....

Podpis žadatele .....

## **Oprávnění k poskytování zdravotních služeb nelze udělit**

### **§ 17 zákona o zdravotních službách**

- a) fyzické osobě, které byl uložen soudem nebo správním orgánem zákaz činnosti spočívající v poskytování zdravotních služeb, a to po dobu trvání tohoto zákazu,
- b) fyzické nebo právnické osobě, které bylo odňato oprávnění podle § 24 odst. 2 písm. b), odst. 3 písm. a), b), c) nebo d) nebo odst. 4 písm. a), b), c), d) nebo e), a to po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o odnětí oprávnění,
- c) fyzické nebo právnické osobě po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o zamítnutí insolvenčního návrhu proto, že majetek dlužníka nepostačuje k úhradě nákladů insolvenčního řízení nebo po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o zrušení konkursu proto, že majetek dlužníka je zcela nepostačující pro uspokojení věřitelů,
- d) fyzické nebo právnické osobě, jestliže soud v insolvenčním řízení nařídil předběžné opatření, jímž tuto osobu, jejíž úpadek nebo hrozící úpadek se v tomto řízení řeší, omezil v nakládání s majetkovou podstatou a předběžný insolvenční správce nedal k úkonům této osoby souvisejícím se vznikem oprávnění písemný souhlas, nebo
- e) fyzické nebo právnické osobě v průběhu insolvenčního řízení, na jejíž majetek byl prohlášen konkurs, a insolvenční správce nedal k úkonům této osoby souvisejícím se vznikem oprávnění písemný souhlas.

### **§ 24 (vybraná ustanovení)**

**(2)** Příslušný správní orgán pozastaví nebo odejme oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže poskytovatel

- b) není pojištěn pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

**(3)** Příslušný správní orgán může pozastavit nebo odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže

- a) poskytovatel závažným způsobem nebo opakovaně porušil povinnost stanovenou pro poskytování zdravotních služeb tímto zákonem nebo jiným právním předpisem,
- b) poskytovatel nesplnil povinnost odstranit zjištěné nedostatky ve stanovené lhůtě,
- c) poskytovatel nevede zdravotnickou dokumentaci nebo ji vede v rozporu s tímto zákonem nebo jiným právním předpisem, nebo
- d) poskytovatel neplní povinnost platit pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.

**(4)** Příslušný správní orgán může odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže

- a) poskytovatel poskytoval zdravotní služby pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky,
- b) poskytovatel opakovaně poskytoval zdravotní služby prostřednictvím osoby, která byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, a neučinil nápravná opatření,
- c) poskytovatel poskytoval zdravotní služby prostřednictvím osoby, která není způsobilá k výkonu zdravotnického povolání podle jiného právního předpisu,
- d) poskytovatel závažným způsobem nebo opakovaně porušil povinnosti vyplývající pro něj ze zákona o veřejném zdravotním pojištění,
- e) poskytovatel opakovaně požadoval od pacientů úhradu za zdravotní služby v rozporu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění
- f) zdravotní služby nejsou poskytovány po dobu delší než 1 rok

# SEZNAM ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ

dle ustanovení § 18 odst. 2 písm. c) bod 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Poskytovatel zdravotních služeb (jméno a příjmení): .....

Datum narození: .....

Adresa místa trvalého pobytu: .....

IČO (bylo-li přiděleno): .....

Místo poskytování zdravotních služeb - **ADRESA ORDINACE:** .....

| forma zdrav. péče,<br>popř. druh zdrav.<br>péče nebo název<br>zdravotní služby | obor | LÉKAŘI          | z toho způsobilí k samostatnému výkonu povolání |      |                          |                                                 | NELÉKAŘI        |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|-------------------------------------------------|------|--------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------|
|                                                                                |      | počet<br>celkem | Titul, jméno a příjmení                         | obor | týdenní<br>pracovní doba | pracovní zařazení u<br>vedoucích<br>zaměstnanců | počet<br>celkem | odborná<br>způsobilost/specializovaná<br>způsobilost |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |
|                                                                                |      |                 |                                                 |      |                          |                                                 |                 |                                                      |

## Vysvětlivky

forma zdravotní péče = dle § 6 zákona č. 372/2011 Sb.,

druh zdravotní péče = dle § 5 odst. 2 písm. f) až i) zákona č. 372/2011 Sb.,

zdravotní služby = dle § 2 odst. 2 písm. d) až f) zákona č. 372/2011 Sb.,

lékaři = lékaři, zubní lékaři a farmaceuti dle zákona č. 95/2004 o zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,

nelékaři = ostatní zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci dle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.

Uvedení pracovníci budou poskytovat zdravotní služby v souladu s ustanovením § 11 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Uvedení pracovníci jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů, kterými jsou 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 a 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.

**Ordinační hodiny:**

**Provozní doba:**

**Po –**

**Út –**

**St –**

**Čt –**

**Pá –**

**So –**

**Ne –**

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V .....dne.....

Podpis žadatele .....