

# ŽÁDOST O ZMĚNU OPRÁVNĚNÍ k poskytování zdravotních služeb OZNÁMENÍ ZMĚN poskytovatelem

na základě § 20a, 20b a §20 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách  
a podmínkách jejich poskytování

## ŽADATEL

Štítek KÚÚK

Poskytovatele (název/jméno, příjmení, titul):

IČO:

Telefonický kontakt:

Emailový kontakt:

**Žádám o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb v následujících částech:** (dle ustanovení § 20 a) a následujících zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>      | <b>POSKYTOVATEL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> změna názvu<br><input type="checkbox"/> změna sídla<br><input type="checkbox"/> změna statutárních orgánů, <b>vypište:</b> | doložte výpisem z obchodního rejstříku, či jiným dokladem změny                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>      | <b>MÍSTO POSKYTOVÁNÍ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> změna místa<br><input type="checkbox"/> rozšíření místa<br><br><input type="checkbox"/> zrušení místa, <b>vypište:</b>     | doložte prohlášením o věcném a technickém vybavení, dokladem o užívacím právu, schváleným provozním řádem, rozhodnutím KHS a seznamem personálního zajištění |
| <input type="checkbox"/>      | <b>ODBORNÝ ZÁSTUPCE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> změna údajů, <b>vypište:</b><br><br><input type="checkbox"/> ukončení výkonu funkce, <b>vypište:</b>                       | doložte prohlášením odborného zástupce, či jiným dokladem změny                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>      | <b>FORMA, OBOR, DRUH PÉČE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> rozšíření oboru/druhu/formy péče<br><br><input type="checkbox"/> ukončení oboru/druhu/formy péče, <b>vypište:</b>          | doložte prohlášením o věcném a technickém vybavení a seznamem personálního zajištění                                                                         |
| <input type="checkbox"/>      | <b>JINÉ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Vypište:</b>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                              |
| <b>Datum účinnosti změny:</b> | Zdravotní pojišťovny, se kterými má poskytovatel uzavřenou smlouvu o veřejném zdravotním pojištění dle zákona č. 48/1997. Sb.:<br><input type="checkbox"/> VZP (111) <input type="checkbox"/> ZPMV (211) <input type="checkbox"/> ČPZP (205) <input type="checkbox"/> RBP (213)<br><input type="checkbox"/> VoZP (201) <input type="checkbox"/> OZP (207) <input type="checkbox"/> ZPŠ (209) <input type="checkbox"/> není uzavřena smlouva |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                              |

**V případě rozšíření O NOVÉ MÍSTO či OBOR uveďte také následující:** (vyhovující označte křížkem)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>nebo DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Ambulantní péče</b><br><input type="checkbox"/> primární<br><input type="checkbox"/> specializovaná<br><input type="checkbox"/> stacionární                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>Léčebně rehabilitační péče</b><br><input type="checkbox"/> individuální fyzioterapie<br><input type="checkbox"/> skupinová pohybová léčba<br><input type="checkbox"/> pohybová léčba pomocí přístrojů<br><input type="checkbox"/> pohybová léčba v rehabilitačním bazénu<br><input type="checkbox"/> fyzikální terapie<br><input type="checkbox"/> vodol léčba   |
| <input type="checkbox"/> <b>Jednodenní péče</b>                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> <b>Ošetrovatelská péče</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Lůžková péče</b><br><input type="checkbox"/> standardní<br><input type="checkbox"/> intenzivní<br><input type="checkbox"/> následná<br><input type="checkbox"/> dlouhodobá                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>Paliativní péče</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> <b>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta</b><br><input type="checkbox"/> návštěvní služba<br><input type="checkbox"/> domácí péče<br><input type="checkbox"/> umělá plicní ventilace<br><input type="checkbox"/> dialýza | <input type="checkbox"/> <b>Lékárenská péče</b><br><b>nebo ZDRAVOTNÍ SLUŽBA:</b><br><input type="checkbox"/> Zdravotnická záchranná služba<br><input type="checkbox"/> Zdravotnická dopravní služba<br><input type="checkbox"/> Přeprava pacientů neodkladné péče<br><input type="checkbox"/> Odběrová nebo tkáňová zařízení<br><input type="checkbox"/> Transfusní služba nebo krevní banka |

Údaje, které jsem uvedl/a v této žádosti/oznámení, jsou pravdivé a úplné. 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 poskytovatele: |
|----|------|-----------------------|

**Příjetí 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 zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů **správnímu poplatku ve výši 500,- 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**