Krajský úřad Moravskoslezského kraje

Podací razítko – vyplní úřad

odbor zdravotnictví

28. října 2771/117

702 00 Ostrava

Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

## Oznámení

**o pokračování vposkytování zdravotních služeb**

podle § 27 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

# Údaje o oznamovateli (fyzická osoba):

Jméno, příjmení, titul: ..................…………………………..............................................

Datum narození: …………………….....................................................................

Telefon, email, datová schránka: ........……..……….......................................………………………….

Identifikační číslo *(bylo-li přiděleno)*: ...........................................................................................

Adresa místa trvalého pobytu *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

……………….....................................................................................................................................

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa bydliště mimo území ČR *(uveďte stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

……..……………………………………………….......................................................................................…….

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Údaje pro účely vyhotovení výpisu z evidence rejstříku trestů

Požadujete-li, aby si výpis z evidence rejstříku trestů podle ust. § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uveďte:

Rodné příjmení: …………………………………………………………………………………………………

Státní občanství: …………………………………………………………………………………………………

Rodné číslo: …………………………………………………………………………………………………

Místo/okres narození: …………………………………………………………………………………………………

Typ dokladu totožnosti a jeho číslo …………………………………………………………………………………………………

*(občanský průkaz, cestovní pas, povolení k pobytu cizince, apod.)*

# Údaje o zemřelém poskytovateli:

Jméno, příjmení, titul: ..................…………………………..............................................

Identifikační číslo: ...........................................................................................

**Odborný zástupce:**

*(musí-li být ustanoven v souladu s ust. § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách; je-li více odborných zástupců, uveďte všechny)*

Jméno, příjmení, titul: ..................………………………….............................................

Datum narození: …………………….....................................................................

Adresa místa trvalého pobytu *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

………………....................................................................................................................................

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa bydliště mimo území ČR *(uveďte stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

……..……………………………………………….......................................................................................……

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Údaje pro účely vyhotovení výpisu z evidence rejstříku trestů

Požadujete-li, aby si výpis z evidence rejstříku trestů podle ust. § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uveďte:

Rodné příjmení: …………………………………………………………………………………………………

Státní občanství: …………………………………………………………………………………………………

Rodné číslo: …………………………………………………………………………………………………

Místo/okres narození: …………………………………………………………………………………………………

Typ dokladu totožnosti a jeho číslo …………………………………………………………………………………………………

*(občanský průkaz, cestovní pas, povolení k pobytu cizince, apod.)*

**Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb:**

*(v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče adresa místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče adresa místa kontaktního pracoviště)*

Obec, část obce, PSČ ..................…………………………………….………………………………..

Ulice, č. popisné/č. orientační .........…..…………………………………………………………………………..

Telefon, email: ………………………………………………………………………………………..

**Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte následující údaje:**

**1. Obory zdravotní péče:**

*(dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 185/2009 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 152/2018 Sb., v platném znění, zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění)*

…………………………………….…………………….........................................................................................

**2. Forma zdravotní péče:** *(zvolte zakřížkováním)*

🞏 ambulantní péče

🞏 ambulantní stacionární péče

🞏 jednodenní péče

🞏 lůžková péče - 🞏 akutní lůžková péče intenzivní

 - 🞏 akutní lůžková péče standardní

 - 🞏 následná lůžková péče

 - 🞏 dlouhodobá lůžková péče

🞏 zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

 - 🞏 návštěvní služba

 - 🞏 domácí péče - 🞏 ošetřovatelská

 - 🞏 léčebně rehabilitační

 - 🞏 paliativní

 - 🞏 umělá plicní ventilace

 - 🞏 dialýza

**3. Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:** *(zvolte zakřížkováním)*

🞏 léčebná péče 🞏 preventivní péče

🞏 diagnostická péče 🞏 dispenzární péče

🞏 posudková péče 🞏 léčebně rehabilitační péče

🞏 lázeňská léčebně rehabilitační péče 🞏 ošetřovatelská péče

🞏 paliativní péče 🞏 lékárenská péče

🞏 zdravotnická záchranná služba 🞏 zdravotnická dopravní služba

🞏 přeprava pacientů neodkladné péče

**Datum, k němuž oznamovatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:** .....................

*(nejpozději do 60 dnů ode dne úmrtí poskytovatele)*

**Adresa pro doručování písemností** *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)* – neplatí pro doručování do datové schránky:

………………....................................................................................................................................

**Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (přestupek podle ust. § 2 odst. 2 nebo odst. 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích).**

V ……………………….. dne ........................

………………………………………......................................... ........................................................

jméno, příjmení, titul oznamovatele *(vypište hůlkovým písmem)* podpis

Způsob doručení osvědčení *(zvolte zakřížkováním)*:

🞏osobní převzetí

🞏 doručení datovou schránkou

🞏 poštovní doručení *(pouze osoby bez datové schránky)*

**K oznámení o pokračování v poskytování zdravotních služeb doložte:**

1) doklady prokazující splnění následujících podmínek

- dosažení věku 18 let

- plná svéprávnost

- bezúhonnost

- povolení k pobytu na území České republiky, pokud je povinnost takové povolení mít

- způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání (včetně zdravotní způsobilosti) v oboru zdravotní péče, která bude poskytována jako zdravotní služba a členství v komoře, pokud je podmínkou pro výkon povolání

*(pokud není splněna podmínka způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání, ustanovuje se odborný zástupce)*

2) prohlášení, že oznamovatel je oprávněn užívat k poskytování zdravotních služeb zdravotnické zařízení, v němž poskytoval zdravotní služby zemřelý poskytovatel

3) prohlášení, že netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v § 17 zákona č. 372/2011 Sb.

4) prohlášení, že

- oznamovatel je oprávněn užívat k poskytování zdravotních služeb zdravotnické zařízení, které splňuje požadavky na technické a věcné vybavení

- jsou splněny požadavky na personální zabezpečení poskytovaných zdravotních služeb

- Státní ústav pro kontrolu léčiv vydal souhlasné závazné stanovisko, jde-li o poskytování lékárenské péče

- orgán ochrany veřejného zdraví schválil provozní řád zdravotnického zařízení

- Ministerstvo zdravotnictví vydalo souhlas s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče, jde-li o poskytování této péče