

Krajský úřad Moravskoslezského kraje
odbor zdravotnictví
28. října 2771/117
702 00 Ostrava
Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

Podací razítko – vyplní úřad

Oznámení o pokračování v poskytování zdravotních služeb

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

Údaje o oznamovateli (právnícká osoba):

Obchodní firma (název):

Adresa sídla (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

.....

Identifikační číslo:

Telefon, email, datová schránka:

Žadatelé se sídlem mimo území ČR - místo usazení závodu nebo organizační složky závodu právnické osoby na území ČR (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

.....

Údaje o zřizovateli – zajišťuje-li poskytování zdravotních služeb organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku:

Název, identifikační číslo:

Adresa sídla (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

.....

Statutární orgán oznamovatele (uved'te všechny členy statutárního orgánu; v případě, že je zřizovatelem organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku, uvedou se údaje o vedoucím organizační složky):

Jméno, příjmení, titul:

Datum narození:

Telefon, email:

Adresa místa trvalého pobytu (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

.....

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

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

.....

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR (uved'te 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:

(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 - ošetrovatelská
 - léčebně rehabilitační
 - paliativní
 - umělá plicní ventilace
 - dialýza

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> léčebná péče | <input type="checkbox"/> preventivní péče |
| <input type="checkbox"/> diagnostická péče | <input type="checkbox"/> dispenzární péče |
| <input type="checkbox"/> posudková péče | <input type="checkbox"/> léčebně rehabilitační péče |
| <input type="checkbox"/> lázeňská léčebně rehabilitační péče | <input type="checkbox"/> ošetrovatelská péče |
| <input type="checkbox"/> paliativní péče | <input type="checkbox"/> lékařská péče |
| <input type="checkbox"/> zdravotnická záchraná služba | <input type="checkbox"/> zdravotnická dopravní služba |
| <input type="checkbox"/> 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. 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích).

V dne

.....
jméno, příjmení, titul osoby oprávněné jednat podpis
za oznamovatele (*vypíšte hůlkovým písmem*)
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
 - bezúhonnost statutárního orgánu právnické osoby nebo jeho členů nebo vedoucího organizační složky státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou
 - ustanovení odborného zástupce, který splňuje podmínky dle § 14 odst. 1 až 3 zákona č. 372/2011 Sb.
- 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 lékařské 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