Krajská hygienická stanice Karlovarského kraje

se sídlem v Karlových Varech

Závodní 94, 361 20 Karlovy Vary

**Žádost na zahájení řízení o schválení návrhu provozního řádu**

Na základě příslušného ustanovení zákona číslo 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů jsem povinen (jsme povinni) jako osoba poskytující péči vypracovat provozní řád níže uvedeného zdravotnického zařízení. Návrh provozního řádu zpracovaný dne ……………………..., předkládám ke schválení Krajské hygienické stanici Karlovarského kraje se sídlem v Karlových Varech.

**Poskytovatel zdravotních služeb (údaje o žadateli):**

*Fyzická osoba*:

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

Adresa místa trvalého pobytu:

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

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

Stát: …………………………………………………………………..…..

Datum narození: …………………………………………………….

Telefon\*): ........……..………………………..… e-mail\*): ……….............................................................................................

IČO *(bylo-li přiděleno):* ..............................................

**Adresa pro doručování písemností:** *(neuvádějte, pokud se shoduje s poskytovatelem zdravotních služeb)*

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

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

**Adresa místa poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):**

Název zdravotnického zařízení: ……………………………………………..……………………………………………………………………………

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

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

Telefon: ……………………………

**Formu zdravotní péče:** *(hodící se zatrhněte)*

ambulantní péče - primární

- specializovaná

- stacionární

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

**Obory zdravotní péče:**

*(*dle zákona 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, vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů)

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

**Druh zdravotní péče\*):** dle § 5 odst.1 (péče neodkladná, akutní, nezbytná či plánovaná) a 2 (péče preventivní, diagnostická, dispenzární, léčebná, posudková, léčebně rehabilitační, ošetřovatelská, paliativní či lékárenská a klinickofarmaceutická) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách v platném znění

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

Příloha: provozní řád ……………………………………………………….

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

……………………………………….........

jméno, příjmení, titul žadatele

(vypište hůlkovým písmem)

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

podpis žadatele či oprávněné osoby

*\*) nepovinné údaje*