**Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,   
kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli (ambulantní péče, péče ve vlastním sociálním prostředí)**

(dle ust. § 18 odst. 2 písm. a) bodu 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

Poskytovatel zdravotních služeb (jméno a příjmení/název) .......................................................................................

Trvalý pobyt / sídlo PO ..........................................................................................................................................

Datum narození / IČO ...........................................................................................................................................

**Pro každé místo poskytování vyplňte a vytiskněte samostatný formulář.**

Místo poskytování zdravotních služeb .....................................................................................................................

**Forma:**

ambulantní péče  ambulantní péče stacionární  ve vlastním sociálním prostředí pacienta

**LÉKAŘI/ZUBNÍ LÉKAŘI/FARMACEUTI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení** | **Specializovaná způsobilost/**  **/základní kmen/**  **odborná způsobilost \*** | **Pracovní zařazení**  **(pouze u vedoucích zaměstnanců) \*\*** | **Týdenní pracovní doba (v hodinách)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*** Pokud daná osoba nemá specializovanou způsobilost k samostatnému výkonu povolání lékaře, tzn. má pouze základní kmen nebo odbornou způsobilost, uveďte jméno a příjmení lékaře se specializovanou způsobilostí vykonávajícího odborný dohled (v poli Pracovní zařazení připojte zkratku OD), nebo jméno a příjmení lékaře se specializovanou způsobilostí vykonávající odborný dozor (v poli Pracovní zařazení připojte zkratku ODZ).

**\*\*** U vedoucích zaměstnanců uveďte též jejich pracovní zařazení (např. vedoucí lékárník, vedoucí lékař).

**NELÉKAŘŠTÍ ZDRAVOTNIČTÍ PRACOVNÍCI A JINÍ ODBORNÍ PRACOVNÍCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Odborná způsobilost (případně specializovaná způsobilost)** | **Celkový počet pracovníků** | **Celková týdenní pracovní doba**  **(v hodinách)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uvedení pracovníci budou poskytovat zdravotní služby v souladu s ustanovením § 11 odst. 3 a 4 zákona  
č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů a 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.

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto formuláři jsou pravdivé a úplné a nic není zamlčeno. Současně prohlašuji, že jsem  
si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů ve formuláři (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).

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

.......................................................................................................................

Jméno a příjmení žadatele nebo osoby oprávněné jednat za žadatele

...........................................................................

Podpis