|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ministerstvo zdravotnictví** Schváleno ČSÚ pro Ministerstvo zdravotnictví. ČV 128/18 ze dne 24.10.2017 v rámci Programu statistických zjišťování na rok 2018. Vyplněný výkaz předložte pracovišti státní statistické služby  resortu zdravotnictví podle závazných pokynů ÚZIS ČR. Ochrana důvěrnosti údajů je zaručena zákonem č. 89/1995 Sb.,  o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. Údaje se zjišťují pro potřebu Ministerstva zdravotnictví, které odpovídá za jejich ochranu. | HLÁŠENÍ VZNIKU POSKYTOVATELE | Z (MZ) 1-99 |
|  |
| ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (PZS) - 1 | |

# I. Základní údaje

|  |  |
| --- | --- |
| IČO | |
| **Název** poskytovatele / zařízení:  Adresa místa poskytování zdravotních služeb vč. jeho kontaktů: | |
| Ulice: | číslo domu orientační      popisné |
| Obec: | PSČ: |
| Kraj: | Okres: |
| Telefon: | Fax: |
| E-mail: | www stránky: |
| Datová schránka: ano  ne | ID datové schránky: |
| Další adresa místa poskytování: |  |
| Ulice: | číslo domu orientační      popisné |
| Obec: | PSČ: |
| Kraj: | Okres: |
| Telefon: | Fax: |
| E-mail: | www stránky: |
| **Statutární zástupce** titul, příjmení, jméno, vědecká hodnost: | |
| Telefon: | Fax: |
| E-mail: | |
| Ředitel (vedoucí) titul, příjmení, jméno, vědecká hodnost: | |
| Telefon: | Fax: |
| E-mail: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | 1 Oprávnění PZS 2 Zahájení činnosti PZS |  | Datum:  ve tvaru den.měsíc.rok  (např. 26.1.2016) |

|  |
| --- |
| **Účetnictví** 1 daňová evidence (původně jednoduché účetnictví)  2 účetnictví (původně podvojné účetnictví) |

|  |  |
| --- | --- |
| Smlouvy se zdravotními pojišťovnami (zakřížkování více možností) | |
| 111  Všeobecná zdravotní pojišťovna  201  Vojenská zdravotní pojišťovna  205  Česká průmyslová zdravotní pojišťovna  207  Oborová zdravotní pojišťovna bank a pojišťoven | 209  Zaměstnanecká pojišťovna Škoda  211  Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR  213  Revírní bratrská pokladna  000  Poskytovatel nemá uzavřenou smlouvu s žádnou pojišťovnou |

# II. Kapacity poskytovatele zdravotních služeb / zařízení k datu vzniku

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Počet zaměstnanců a zaměstnavatelů | |  |
| Kategorie pracovníků | | **Úvazek** (přepočtený počet) |
| a | | 1 |
| Lékaři | |  |
| Zubní lékaři | |  |
| Farmaceuti | |  |
| Zdravotničtí pracovníci nelékaři | všeobecné sestry a porodní asistentky (§§ 5–6) |  |
| ostatní zdrav. pracovníci s odbornou způsobilostí bez odb. dohledu (§§ 7–21) |  |
| zdravotničtí pracovníci s odbornou a specializovanou způsobilostí (§§ 22–28) |  |
| zdravotničtí pracovníci pod odb. dohledem (§§ 29–42) |  |
| **Celkový počet za všechny kategorie pracovníků** | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Kapacita zařízení | | | | | | | | | |
| Název oddělení | Ambulantní část | | | Lůžková část | | | | | |
| počet míst celkem | počet zaměstnanců (součet úvazků) | | typ lůžek\*) | počet lůžek | | | počet zaměstnanců (součet úvazků) | |
| lékaři | ZPBD | celkem | z toho pro děti | sociální lůžka | lékaři | ZPBD |
| a | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*) doplňte: A - u akutních lůžek N - u lůžek následné péče

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ordinační doba | Název oddělení | | | | | |
|  | |  | |  | |
| od | do | od | do | od | do |
| Pondělí |  |  |  |  |  |  |
| Úterý |  |  |  |  |  |  |
| Středa |  |  |  |  |  |  |
| Čtvrtek |  |  |  |  |  |  |
| Pátek |  |  |  |  |  |  |
| Sobota |  |  |  |  |  |  |
| Neděle |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Akreditace | |  |
| 1  pro výuku lékařů a farmaceutů  2  pro výuku zdravotnických pracovníků - nelékařů | | 3  pro výuku jiných odborných pracovníků |
| Vybrané léčebné metody \*) | | |
| Oddělení | Léčebná metoda | |
| a | 1 | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

\*) Do tabulky se uvedou názvy oddělení a názvy léčebných metod, které chce zdravotnické zařízení uvést v registru.

## **PŘÍLOHA K HLÁŠENÍ VZNIKU POSKYTOVATELE ZS - 1 Základní údaje pro detašovaná pracoviště**

|  |  |
| --- | --- |
| IČO | |
| **Název** poskytovatele ZS / zařízení:  Adresa místa poskytování zdravotních služeb vč. jeho kontaktů: | |
| Ulice: | číslo domu orientační      popisné |
| Obec: | PSČ: |
| Telefon: | Fax: |
| E-mail: |  |
| **Vedoucí detašovaného pracoviště** titul, příjmení, jméno, vědecká hodnost: | |
| Telefon: | Fax: |
| E-mail: | Datum zahájení provozu:  ve tvaru den.měsíc.rok  (např. 26.1.2016) |

## **PŘÍLOHA K HLÁŠENÍ VZNIKU POSKYTOVATELE ZS - 1 Základní údaje pro detašovaná pracoviště**

|  |  |
| --- | --- |
| IČO | |
| **Název** poskytovatele ZS / zařízení:  Adresa místa poskytování zdravotních služeb vč. jeho kontaktů: | |
| Ulice: | číslo domu orientační      popisné |
| Obec: | PSČ: |
| Telefon: | Fax: |
| E-mail: |  |
| **Vedoucí detašovaného pracoviště** titul, příjmení, jméno, vědecká hodnost: | |
| Telefon: | Fax: |
| E-mail: | Datum zahájení provozu:  ve tvaru den.měsíc.rok  (např. 26.1.2016) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Registrační kartu sestavil**  (jméno): | | **Razítko zařízení:** |
| Telefon: | Dne: | Podpis: |
|  | | |

**ZÁVAZNÉ** **POKYNY PRO VYPLŇOVÁNÍ**

**HLÁŠENÍ VZNIKU POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB - 1**

**Hlášení** vyplňuje každý nově vzniklý poskytovatel zdravotních služeb, bez ohledu na zřizovatele **za vlastní právní subjekt a samostatně za každé zdravotnické zařízení**, v kterém poskytuje zdravotní péči, pokud takové zařízení má.

Tento tiskopis slouží především pro samostatné ordinace a zařízení, která se nečlení na oddělení, ale péči mohou poskytovat ve více oborech (viz licence) a současně pro lázeňské zařízení.

**Oddíl I. - Základní údaje**

**IČO - identifikační číslo osoby (právnické, fyzické, organizační složky státu)**

**Název poskytovatele / zařízení** musí odpovídat názvu v Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, u obchodních a obecně prospěšných společností musí být shodný s názvem v obchodním rejstříku nebo úprava po dohodě s provozovatelem.

Další **údaje týkající se adres míst poskytování** se vyplní v souladu s údaji v Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb či zápisu v Obchodním rejstříku. **Kontaktní údaje jsou na zařízení (nejedná se o soukromé telefony nebo emaily) a budou zveřejněny**.

**Statutární zástupce** - uvede se statutární zástupce právního subjektu a kontakty na něj.

**Ředitel** (vedoucí) - uvede se ředitel (vedoucí) daného zařízení a kontakty na něj. V případě, že je shodný se statutárním zástupcem, nemusí se vyplňovat.

**Datum** - **oprávnění PZS** - datum uvedené na Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Vyplní se ve tvaru den.měsíc.rok (např. 26.1.2016).

**- zahájení činnosti poskytovatele ZS** -datum skutečného zahájení činnosti, vyplní se ve tvaru den.měsíc.rok (např. 26.1.2016).

**Účetnictví** - vyberte odpověď z nabídky.

**Smlouvy se zdravotními pojišťovnami**

- vybrané odpovědi se ve čtverci vyznačí křížkem.

**Oddíl II. - Kapacity poskytovatele zdravotních služeb / zařízení k datu vzniku**

1. Počet zaměstnanců a zaměstnavatelů - uvede se přepočtený počet zaměstnanců včetně zaměstnavatelů - tj. součet úvazků pro stanovenou pracovní dobu.

Do uvedené tabulky se úvazek rozepíše podle předepsaných kategorií pracovníků (viz zákony č. 95, 96 / 2004 Sb.).

**2. Kapacita poskytovatele/zařízení - rozpis poskytované péče**

1. sl. a - textem název oddělení či název lázeňské léčebny.

Ambulantní část:

1. sl. 2 - uvede se počet míst celkem (př.: dialyzační stanice, DD, jesle, KÚ, stacionář ap.).
2. sl. 3, 4 - uvede se přepočtený počet lékařů a ZPBD, tj. součet úvazků pro ambulantní část.

Lůžková část:

1. sl. 5, 6, 7, 8 - uvede se typ lůžek (A - akutní, N - následná), počet lůžek za oddělení celkem a z toho počet lůžek vyčleněných pro děti a počet lůžek nadstandardních.
2. sl. 9, 10 - uvede se přepočtený počet lékařů a ZPBD, tj. součet úvazků pro lůžkovou část (lázně - úvazek pro danou léčebnu).

**Ordinační doba –** uveďte v tabulce.

**Akreditace -** vybrané odpovědi se vyznačí křížkem.

**Vybrané léčebné specializované metody -** uveďte v tabulce.

Pokud poskytovatel/zařízení má detašovaná pracoviště, t.j. další místa poskytování (jedno nebo více) mimo sídlo základního zařízení (např. ordinace v jiných obcích, ženskou poradnu aj.), pak se adresy a kontakty těchto pracovišť, včetně data zahájení provozu a oboru činnosti, uvedou na další volný list ve stejném tvaru (viz Příloha).

**Tiskopis „Hlášení vzniku poskytovatele ZS” předejte na ÚZIS ČR na E‑mail adresu** [**uzis@uzis.cz**](mailto:uzis@uzis.cz)**.**