

**USMERNENIE**  
**Oddelenia zdravotníctva Košického samosprávneho kraja**  
**č. 1/2019**

**Informácia pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**

**Čl. 1**  
**Predmet**

Týmto usmernením informujeme poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, resp. žiadateľov o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia o postupe predkladania požadovaných dokumentov a tlačív potrebných na úspešné vybavenie jednotlivých žiadostí.

Cieľom usmernenia je zamedziť predkladaniu duplicitných a nerelevantných dokumentov zo strany žiadateľov a zabezpečiť tým rýchly a efektívny proces vydávania všetkých druhov povolení.

**Čl. 2**  
**Pôsobnosť usmernenia**

Toto usmernenie sa vzťahuje na všetkých budúcich ako aj súčasných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v Košickom samosprávnom kraji.

**Čl. 3**  
**Vydávanie povolení (§ 11)**

Samosprávny kraj v rámci preneseného výkonu štátnej správy vydáva povolenie na prevádzkovanie:

- a) ambulancie
- b) zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti
- c) stacionára
- d) polikliniky
- e) agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- f) zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
- g) všeobecnej nemocnice
- h) liečebne
- i) hospicu
- j) domu ošetrovateľskej starostlivosti
- k) mobilného hospicu

**Čl. 4**  
**Vecná a miestna príslušnosť na vydanie povolenia**

- a) Ministerstvo zdravotníctva SR (ak je na vydanie príslušný viac ako jeden samosprávny kraj – miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia je vo viacerých krajoch),
- b) Košický samosprávny kraj (miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia je len na území Košického samosprávneho kraja).

## Čl. 5

### Žiadosť o vydanie povolenia (§ 13)

Žiadosť o vydanie povolenia podáva fyzická osoba alebo právnická osoba orgánu príslušnému na vydanie povolenia (Košickému samosprávne kraju).

#### ➤ FYZICKÁ OSOBA

Fyzická osoba v žiadosti (**Príloha FO 1**) o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia uvedie:

- a) meno a priezvisko dátum narodenia, rodné číslo, údaj o štátnom občianstve a identifikačné číslo ak bolo pridelené,
- b) miesto trvalého pobytu (prechod. pobytu v prípade trvalého pobytu mimo územia SR),
- c) druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie,
- d) miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia.

K žiadosti fyzická osoba doloží:

- a) právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon zdravotníckeho povolania v zmysle § 68 ods. 1 písm. b)
- b) údaje podľa osobitného predpisu potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať alebo zmluvu o nájme priestorov, zmluvu o podnájme priestorov alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ o povolenie nie je ich vlastníkom,
- c) rozhodnutie príslušného orgánu verejného zdravotníctva o návrhu na uvedenie priestorov do prevádzky,
- d) čestné vyhlásenie, že v období dvoch rokov pred podaním žiadosti nemala zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods.1 písm. c) a d) a že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé,
- e) návrh ordinačných hodín ( ambulatná zdravotná starostlivosť ).

#### ➤ PRÁVNICKÁ OSOBA

Právnická osoba v žiadosti o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (**Príloha PO 1**) uvedie:

- a) obchodné meno, sídlo, právnu formu, identifikačné číslo, ak už bolo pridelené, meno a priezvisko, miesto trvalého pobytu osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom,
- b) meno a priezvisko, dátum narodenia, údaj o štátnom občianstve, registračné číslo a označenie komory odborného zástupcu,
- c) miesto trvalého pobytu odborného zástupcu ( prechodného pobytu v prípade trvalého pobytu mimo územia SR ),
- d) druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie,
- e) miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia.

K žiadosti právnická osoba doloží

- a) právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon činnosti odborného zástupcu,

- b) údaje podľa osobitného predpisu potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať alebo zmluvu o nájme priestorov, zmluvu o podnájme priestorov alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ o povolenie nie je ich vlastníkom,
- c) rozhodnutie príslušného orgánu verejného zdravotníctva o návrhu na uvedenie priestorov do prevádzky,
- d) čestné vyhlásenie, že v období dvoch rokov pred podaním žiadosti nemala zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c), d) alebo e) a že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé,
- e) návrh ordinačných hodín (ambulantná zdravotná starostlivosť).

**Pozn.: Doklady je potrebné predložiť v úradne overených fotokópiach (príp. originál).**

## Čl. 6

### Zmena údajov v povolení (§ 16)

Orgán príslušný na vydanie povolenia vyznačí na základe oznámenia držiteľa povolenia zmenu údajov uvedených v povolení (**Príloha FO 3 a Príloha PO 3**), a to:

- a) zmenu osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom, zmenu obchodného mena, sídla a právnej formy, zmenu mena a priezviska odborného zástupcu, a osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom a zmenu miesta trvalého pobytu alebo prechodného pobytu odborného zástupcu, ak ide o právnickú osobu,
- b) zmenu mena, priezviska a miesta trvalého pobytu alebo prechodného pobytu, ak ide o fyzickú osobu
- c) doplnenie identifikačného čísla, ak bolo pridelené až po vydaní povolenia.

Zmeny údajov uvedené vyššie nevyžadujú vydanie nového rozhodnutia, orgán príslušný na vydanie povolenia vyznačí v povolení takéto zmeny údajov do 15 dní od ich oznámenia. **Súčasťou oznámenia je doklad o zmene údajov.**

## Čl. 7

### Zmena miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, jeho odborného zamerania a zmena odborného zástupcu (§ 17)

Zmena miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, jeho odborného zamerania a zmena odborného zástupcu vyžaduje vydanie nového povolenia, ktorým orgán príslušný na vydanie povolenia súčasne zruší pôvodné povolenie. V žiadosti o vydanie povolenia **žadateľ (Príloha FO 2 a Príloha PO 2) uvedie požadovanú zmenu, doloží doklady**, ktoré sa na ňu vzťahujú a čestné vyhlásenie, že sa nezmenili ostatné údaje, na ktorých základe sa vydalo pôvodné povolenie.

## Čl. 8

### Zrušenie povolenia (§ 19)

Žiadosť o zrušenie povolenia (**Príloha FO 4, PO 4**) je držiteľ povolenia povinný podať najmenej dva mesiace pred dňom, od ktorého žiada povolenie zrušiť.

## Čl. 9 Lehoty

Orgán príslušný na vydanie povolenia rozhodne:

- a) o vydaní alebo zamietnutí žiadosti o vydanie povolenia do 30 dní od začatia konania,
- b) o zrušení povolenia, o dočasnom pozastavení povolenia do 30 dní od začatia konania.

Orgán príslušný na vydanie povolenia vyznačí zmeny údajov v povolení do 15 dní od ich oznámenia.

## Čl. 10 Doručovanie rozhodnutia

Košický samosprávny kraj rozhodnutie doručí:

- a) žiadateľovi,
- b) príslušnému daňovému úradu,
- c) príslušnému štatistickému úradu,
- d) príslušnému úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
- e) obci príslušnej podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia,
- f) príslušným zdravotným poisťovňami,
- g) komore, ktorá vydala licenciu na výkon zdravotníckeho povolenia,
- h) Ministerstvu zdravotníctva SR.

## Čl. 11 Výška správneho poplatku

- |  |          |                      |          |
|--|----------|----------------------|----------|
| a) vydanie povolenia pre fyzickú osobu   | 80,- €,  | elektronické podanie | 40,- €,  |
| b) vydanie povolenia pre právnickú osobu | 500,- €, |                      | 430,- €, |
| c) zmena povolenia                       | 50,- €,  |                      | 25,- €,  |

## Čl. 12 Spôsob úhrady správneho poplatku

- a) šekovým peňažným poukazom,
- b) bankovým prevodom.

## Čl. 13 Ordinačné hodiny

V zmysle § 79 zákona č. 578/2004 Z.z. má držiteľ povolenia povinnosť umiestniť na viditeľnom mieste ordinačné hodiny schválené a potvrdené samosprávnym krajom, ak ide o zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa poskytuje ambulantná zdravotná starostlivosť a schválené ordinačné hodiny aj dodržiavať. Vzor žiadosti o schválenie ordinačných hodín je uvedený v prílohách: **Príloha FO 5, PO 5.**

Ordinačné hodiny sú časový úsek v ktorom poskytovateľ poskytuje ambulantnú starostlivosť (okrem ambulantnej pohotovostnej služby a zubno-lekárskej pohotovostnej služby, § 2 zákona č. 576/2004 Z.z.),

Minimálny týždenný časový rozsah ordinačných hodín zdravotníckych zariadení poskytovateľov špecializovanej a inej špecializovanej ambulantnej starostlivosti je najmenej 30 hodín, t.j. v priemere 6 hod. denne, pri súčasnom poskytovaní zdravotnej starostlivosti najmenej 5 dní v týždni v zdravotníckom zariadení poskytovateľa, ktorý má uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou a poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu úväzku 1,00 l.m. alebo 1,00 s.m. má hrazené z verejného zdravotného poistenia; zásada sa nevzťahuje na poskytovateľa, ktorý nemá uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou.

Minimálny týždenný časový rozsah ordinačných hodín zdravotníckych zariadení poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti je najmenej 35 hodín (zákon č. 578/2004 Z.z., §79 ods. 1 písm. ap/), t.j. v priemere 7 hod. denne, z toho minimálne 2 dni v týždni aj v popoludňajších hodinách do 15.00 hod. (zákon č. 578/2004 Z.z., §79 ods. 1 písm. ap/) pri súčasnom poskytovaní zdravotnej starostlivosti najmenej 5 dní v týždni.

## Čl. 14

### Doplňkové ordinačné hodiny

Vzor žiadosti o schválenie doplnkových ordinačných hodín je uvedený v prílohách:  
**Príloha FO 6, PO 6.**

Doplňkové ordinačné hodiny sú nepretržitý časový úsek, ktorý si poskytovateľ môže určiť nad rámec ordinačných hodín za podmienok podľa § 2a zákona č. 576/2004 Z.z.). Poskytovateľ môže tento inštitút využiť, aký má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou a zároveň poskytuje ambulantnú starostlivosť za podmienok podľa § 2a osobám, ktoré sú poistencami tejto zdravotnej poisťovne a sú objednané na vyšetrenie prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb (§ 2a zákona č. 576/2004 Z.z.).

**Ordinačné hodiny** sú časový úsek, v ktorom lekár poskytuje ambulantnú zdravotnú starostlivosť (pri všeobecnej ambulancii minimálne 35 hodín týždenne). Tieto výkony sú spravidla hrazené zo zdravotného poistenia. **Doplňkové ordinačné hodiny** sú nad rámec štandardných ordinačných hodín a sú poskytované výhradne za **priame platby** lekárovi. Doplnkové ordinačné hodiny, rovnako ako ordinačné hodiny, schvaľuje samosprávny kraj.

Aby mohol poskytovateľ zdravotnej starostlivosti využívať doplnkové ordinačné hodiny, musí:

- mať uzavretú zmluvu so zdravotnou poisťovňou a štandardné ordinačné hodiny musia mať rozsah minimálne 30 hodín za týždeň,
- byť registrovaný v informačnom systéme na objednávanie osôb prevádzkovanom Národným centrom zdravotníckych informácií (NCZI),
- mať schválené doplnkové ordinačné hodiny a tieto mať vyvesené na viditeľnom mieste s označením: „DOPLNKOVÉ ORDINAČNÉ HODINY“;

- v elektronickej podobe zdravotnej poisťovni do 20. dňa nasledujúceho mesiaca oznamovať zoznam vyšetrených pacientov (meno, priezvisko a rodné alebo iné identifikačné číslo).

Schválené doplnkové ordinačné hodiny musia spĺňať tieto kritériá:

- doplnkové ordinačné hodiny musia byť v jednom dni tvorené súvislým úsekom bez prestávok,
- v jednom týždni nemôže súčet doplnkových ordinačných hodín prekročiť 30% súčtu ordinačných hodín,
- začínajú po 13-tej hodine a končia na konci pracovnej doby alebo začínajú kedykoľvek, ak ambulancia v ten deň nemá ordinačné hodiny a nejedná sa o všeobecnú ambulanciu.

Pre samotné vyšetrenie platí:

- pacient sa musí na vyšetrenie objednať cez certifikovaný informačný systém na objednávanie pacientov (NCZI),
- pacient musí byť vyšetrený najneskôr do 20 dní po objednaní sa na termín,
- pacient za vyšetrenie platí, a to maximálne 30€,
- pacient vyšetrený vo všeobecnej ambulancii musí mať s poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti,
- pacient nemusí mať "výmenný lístok" od všeobecného lekára,
- zdravotná dokumentácia musí obsahovať pacientom podpísaný zápis s "poučením o doplnkových ordinačných hodinách" a výškou úhrady,
- počet vyšetrených pacientov v rámci doplnkových ordinačných hodín nesmie v kalendárnom mesiaci prekročiť 30% z počtu pacientov vyšetrených v rámci ordinačných.

Doplnkové ordinačné hodiny je možné využívať **od 1.1.2019**.

## Čl. 15

### Hlásenie neprítomnosti a zabezpečenie zastupovania

Poskytovatelia ambulantnej zdravotnej starostlivosti majú podľa ust. § 79 ods. 1 písm. j) zákona č. 578/2004 Z.z. stanovenú povinnosť zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste bezodkladne uviesť poskytovateľa, ktorý vykonáva zastupovanie a túto skutočnosť bezodkladne oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju. Za týmto účelom Košický samosprávny kraj vytvoril formulár „Oznámenie o dočasnej neprítomnosti“ (**Príloha FO 7, PO 7**), ktorý je nevyhnutné vyplniť RIADNE a ÚPLNE! - t.j. je potrebné uviesť:

- *názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,*
- *jeho odborné zameranie,*
- *miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia,*
- *dobu neprítomnosti v ambulancii od – do,*
- *názov zastupujúceho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,*
- *miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia zastupujúceho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.*

Oznámenie o dočasnej neprítomnosti na ambulancii je potrebné elektronicky oznámiť 3 rôznymi spôsobmi:

- prostredníctvom aplikácie [www.ambulancia.e-vuc.sk](http://www.ambulancia.e-vuc.sk) (ak už má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pridelené prihlasovacie údaje),
- prostredníctvom formulára eVÚC (v prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá prihlasovacie údaje do aplikácie),
- prostredníctvom zaslania e-mailu na adresu: [nepritomnost@vucke.sk](mailto:nepritomnost@vucke.sk).

V nevyhnutnom prípade je možné oznámiť dočasnú neprítomnosť aj písomne prostredníctvom pošty na adresu KSK.

Oznámenie je potrebné riadne vyplniť a odoslať na KSK podľa možnosti čo najskôr pred začiatkom dočasnej neprítomnosti, najneskôr však 2 dni pred začiatkom dočasnej neprítomnosti!

V prípade porušenia vyššie uvedenej povinnosti poskytovateľom ambulancie zdravotnej starostlivosti môže KSK, ako orgán príslušný na vydanie povolenia, uložiť poskytovateľovi ambulancie zdravotnej starostlivosti v zmysle ust. § 82 ods. 1 písm. b) zákona č. 578/2004 Z.z. pokutu až do výšky 3 319 eur.

## Čl. 16

### Spoločné a zrušovacie ustanovenia

Toto usmernenie ruší odo dňa účinnosti Usmernenie Odboru sociálnych vecí a zdravotníctva KSK č. 5/2016 zo dňa 26.07.2016 Informácia pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

## Čl. 17

### Účinnosť

Toto usmernenie nadobúda účinnosť dňom 15.01.2019.



PhDr. Peter Dringuš  
poverený riadením ODDZ

**Príloha FO 1**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Nám. maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia – fyzická osoba (§ 13 zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov)**

Podpísaný(á) titul ..... meno a priezvisko .....

narodený(á) ..... rodné číslo .....

trvale bytom .....

štátne občianstvo ..... IČO: .....

**týmto žiada**

**o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia:**

- a) ambulancie
- c) stacionára
- d) polikliniky
- e) agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- f) zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
- g) všeobecnej nemocnice
- h) liečebne
- b) zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti
- i) hospicu
- j) domu ošetrovateľskej starostlivosti
- k) mobilného hospicu

\*zakrúžkovať požadovaný druh zdravotníckeho zariadenia

špecializačný odbor: .....

miesto prevádzkovania: .....

.....

.....  
podpis

Telefonický kontakt: .....

Email: .....

V ..... dňa .....



**Prílohy k žiadosti (uvedené na nasledujúcej strane)**

K žiadosti o vydanie povolenia prikladám nasledovné doklady **v úradne overenej fotokópii:**

1. Právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon zdravotníckeho povolania
2. Údaje podľa osobitného predpisu potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo zmluvu o nájme, zmluvu o podnájme alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ nie je ich vlastníkom
3. Rozhodnutie príslušného úradu verejného zdravotníctva (hygiena) na uvedenie priestorov do prevádzky
4. Čestné vyhlásenie, že v období 2 rokov pred podaním žiadosti nebolo zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c) a d) zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov a že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé
5. Žiadosť o schválenie ordinačných hodín (príloha FO 5, PO 5)

**Príloha FO 2**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Nám. maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdrav. zariadenia z dôvodu zmeny  
– fyzická osoba (§ 17 zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov)**

Podpísaná(á)titul..... meno a priezvisko.....  
narodený(á) ..... rodné číslo .....  
identifikátor zdravotníckeho zariadenia .....  
trvale bytom .....  
štátne občianstvo.....IČO: .....  
Pôvodné povolenie č. .... v odbore: .....

**týmto žiada**

**o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdrav. zariadenia z dôvodu zmeny:**

a) miesta prevádzkovania:

pôvodné .....  
požadovaná zmena .....

b) odborného zamerania:

pôvodné .....  
požadovaná zmena .....

\*zakrúžkovať požadovanú zmenu

.....

podpis

Telefonický kontakt: .....

Email: .....

V ..... dňa .....

**Prílohy k žiadosti** (uvedené na nasledujúcej strane)

K žiadosti o vydanie povolenia prikladám nasledovné doklady **v úradne overenej fotokópii:**

k bodu a)

1. Údaje podľa osobitného predpisu potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo zmluvu o nájme, zmluvu o podnájme alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ nie je ich vlastníkom
2. Rozhodnutie príslušného úradu verejného zdravotníctva (hygiena) na uvedenie priestorov do prevádzky

k bodu b)

1. Právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon zdravotníckeho povolania

K bodu a) a b)

1. Čestné vyhlásenie, že sa nezmenili ostatné údaje, na ktorých základe sa vydalo pôvodné povolenie

**Príloha FO 3**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Nám. Maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Oznámenie o zmene údajov uvedených v povolení – fyzická osoba (§ 16 zákona  
č. 578/2004 Z.z.)**

Podpísaná(á)titul..... meno a priezvisko.....  
narodený(á) ..... rodné číslo .....  
identifikátor zdravotníckeho zariadenia .....  
trvale bytom .....  
štátne občianstvo.....IČO: .....

**týmto oznamujem  
zmenu nasledovných údajov v povolení:**

- a) zmena mena a priezviska
- b) zmena trvalého pobytu alebo prechodného pobytu
- c) doplnenie identifikačného čísla, ak bolo pridelené až po vydaní povolenia

\*zakrúžkovať požadovanú zmenu

takto:

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

.....  
podpis

Telefonický kontakt: .....

Email: .....

V ..... dňa .....

**Prílohy k žiadosti (uvedené na nasledujúcej strane)**

K oznámeniu o zmene prikladám nasledovné doklady **v úradne overenej fotokópii:**

- k bodu a)       Doklad o zmene mena a priezviska
- k bodu b)       Doklad o trvalom pobyte alebo prechodnom pobyte
- k bodu c)       Doklad o pridelení identifikačného čísla

**Príloha PO 1**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Nám. maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia – právnická osoba (§ 13 zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov)**

Obchodné meno:..... so sídlom: .....  
..... IČO: .....  
zastúpená štatutárnym orgánom:.....  
bytom:.....  
odborný zástupca: .....  
dátum narodenia ..... rodné číslo .....  
štátne občianstvo .....  
trvale bytom.....  
registračné číslo a označenie komory .....

**týmto žiada**

**o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia:**

- a) ambulancie
- c) stacionára
- d) polikliniky
- e) agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- f) zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
- g) všeobecnej nemocnice
- h) liečebne
- b) zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti
- i) hospicu
- j) domu ošetrovateľskej starostlivosti
- k) mobilného hospicu

\*zakrúžkovať požadovaný druh zdravotníckeho zariadenia

špecializačný odbor: .....

miesto prevádzkovania: .....

.....

.....  
podpis

Telefonický kontakt: .....

Email: .....

V ..... dňa .....

**Prílohy k žiadosti** (uvedené na nasledujúcej strane)

K žiadosti o vydanie povolenia dokladáme nasledovné doklady v **úradne overenej fotokópii**:

1. Právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon činnosti odborného zástupcu
2. Údaje podľa osobitného predpisu potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo zmluvu o nájme, zmluvu o podnájme alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ nie je ich vlastníkom
3. Rozhodnutie príslušného úradu verejného zdravotníctva (hygiena) na uvedenie priestorov do prevádzky
4. Čestné vyhlásenie, že v období 2 rokov pred podaním žiadosti nebolo zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c) a d) zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov a že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé
5. Žiadosť o schválenie ordinačných (príloha FO 5, PO 5)

**Príloha PO 2**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Nám. maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdrav. zariadenia z dôvodu zmeny  
– právnická osoba (§ 17 zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov)**

Obchodné meno : ..... so sídlom: .....  
..... IČO: .....  
zastúpená štatutárnym orgánom: .....  
trvale bytom: .....  
pôvodné povolenie č. .... v odbore: .....  
identifikátor zdravotníckeho zariadenia .....

**týmto žiada  
o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdrav. zariadenia z dôvodu zmeny:**

a) miesta prevádzkovania:

pôvodné .....  
požadovaná zmena .....

b) odborného zamerania:

pôvodné .....  
požadovaná zmena .....

c) odborného zástupcu:

pôvodné .....  
požadovaná zmena .....  
registračné číslo a označenie komory .....

\*zakrúžkovať požadovanú zmenu

.....

podpis

Telefonický kontakt: .....

Email: .....

V ..... dňa .....



**Prílohy k žiadosti** (uvedené na nasledujúcej strane)

K žiadosti o vydanie povolenia prikladám nasledovné doklady v **úradne overenej fotokópii**:

k bodu a)

1. Údaje podľa osobitného predpisu potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo zmluvu o nájme, zmluvu o podnájme alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ nie je ich vlastníkom
2. Rozhodnutie príslušného úradu verejného zdravotníctva (hygiena) na uvedenie priestorov do prevádzky

k bodu b)

1. Právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon činnosti odborného zástupcu
2. Rozhodnutie príslušného úradu verejného zdravotníctva (hygiena) na uvedenie priestorov do prevádzky

k bodu c)

1. Právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon činnosti odborného zástupcu

K bodu a),b),c)

Čestné vyhlásenie, že sa nezmenili údaje na základe ktorých sa vydalo pôvodné povolenie

**Príloha PO 3**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Nám. Maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Oznámenie o zmene údajov uvedených v povolení – právnická osoba (§ 16 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z.z.)**

Obchodné meno :..... so sídlom: .....  
..... IČO: .....  
zastúpená štatutárnym orgánom .....  
trvale bytom: .....  
identifikátor zdravotníckeho zariadenia .....

**týmto oznamujeme  
zmenu nasledovných údajov v povolení:**

- a) zmena osoby štatutárneho orgánu PO
- b) zmena obchodného mena, zmena sídla, zmena právnej formy PO
- c) zmena mena a priezviska, zmena trvalého pobytu odborného zástupcu
- d) doplnenie identifikačného čísla PO, ak sa jej pridelo až po vydaní povolenia

\*zakrúžkovať požadovanú zmenu

takto:

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

.....

podpis

Telefonický kontakt: .....

Email: .....

V ..... dňa .....

**Prílohy k žiadosti** (uvedené na nasledujúcej strane)

K oznámeniu o zmene prikladám nasledovné doklady **v úradne overenej fotokópii:**

k bodu c)           Doklad o zmene mena a priezviska alebo doklad o trvalom bydlisku

k bodu d)           Doklad o pridelení identifikačného čísla

**Príloha FO 4, PO 4**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Nám. Maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Žiadosť o zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia -  
(fyzická aj právnická osoba)**

Žiadateľ (držiteľ povolenia): .....

**týmto žiada**

**o zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia**

č. ....  
miesto prevádzkovania a odbor .....

z dôvodu.....  
ku dňu .....

identifikátor zdravotníckeho zariadenia .....

.....  
podpis

Telefonický kontakt: .....  
Email: .....  
V ..... dňa .....

**Príloha FO 5, PO 5**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Námestie Maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec**

**Žiadosť o schválenie ordinačných hodín**

Žiadateľ (držiteľ povolenia): .....  
.....  
štatutárny orgán (u právnickej osoby) .....

**žiadam o schválenie ordinačných hodín:**

ambulancia v odbore .....  
miesto prevádzkovania .....

**Návrh ordinačných hodín:**

pondelok .....  
utorok .....  
streda .....  
štvrtok .....  
piatok .....

V prípade kratšieho rozsahu ordinačných hodín uviesť *dôvod* a doložiť *potvrdzujúce doklady* :

.....

.....

podpis

Telefonický kontakt: .....

E-mail: .....

V ..... dňa .....

**Príloha FO 6, PO 6**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Námestie Maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec**

**Žiadosť o schválenie doplnkových ordinačných hodín**

Žiadateľ (držiteľ povolenia): .....  
.....  
štatutárny orgán (u právnickej osoby) .....

**žiadam o schválenie doplnkových ordinačných hodín:**

ambulancia v odbore .....  
miesto prevádzkovania .....

	<b>Ordinačné hodiny (už schválené)</b>	<b>Doplnkové ordinačné hodiny</b>
pondelok	.....	.....
utorok	.....	.....
streda	.....	.....
štvrtok	.....	.....
piatok	.....	.....

V prípade kratšieho rozsahu ordinačných hodín uviesť *dôvod* a doložiť *potvrdzujúce doklady* :

.....

.....

podpis

Telefonický kontakt: .....

E-mail: .....

V ..... dňa .....

**Príloha FO 7, PO 7**

Košický samosprávny kraj  
Odbor sociálnych vecí a zdravotníctva  
Nám. maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Oznámenie dočasnej neprítomnosti**

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: .....

Miesto výkonu .....

Špecializačný odbor .....

Týmto oznamujem dočasnú neprítomnosť na ambulancii od ..... do .....

Zastupujúci poskytovatelia:

Zastupujúca FO/PO	Doba zastupovania		Miesto výkonu
	od	do	
1.			
2.			
3.			

Takto vyplnené oznámenie o dočasnej neprítomnosti na ambulancii je potrebné zasielať na e-mailovú adresu [nepritomnost@vucke.sk](mailto:nepritomnost@vucke.sk), podľa možnosti najneskôr 2 dni pred začiatkom dočasnej neprítomnosti!

V prípade porušenia vyššie uvedenej povinnosti poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti, môže Košický samosprávny kraj, ako orgán príslušný na vydanie povolenia, uložiť poskytovateľovi ambulantnej zdravotnej starostlivosti v zmysle ust. § 82 ods. 1 písm. b) zákona č. 578/2004 Z.z. pokutu až do výšky 3 319 eur.

.....

podpis

Telefonický kontakt: .....

Email: .....

V ..... dňa .....