

**ŽÁDOST O VYDÁNÍ / PRODLOUŽENÍ* OSVĚDČENÍ
K VÝKONU ZDRAVOTNICKÉHO POVOLÁNÍ
BEZ ODBORNÉHO DOHLEDU**

(pro české státní příslušníky)

Místo pro nalepení
kolku
500 Kč

ČÍSLO REGISTRACE

zde nevyplňujte prosím

Příjmení, jméno, titul

dřívější příjmení¹⁾

Datum narození (den, měsíc, rok)

Místo narození

Rodné číslo

Adresa zaměstnavatele

název

ulice a popisné číslo

město (obec)

IČO

e-mail kontakt @

PSČ

Telefon

Adresa bydliště

ulice a popisné číslo

město (obec)

Telefon/mobil

e-mail kontakt @

PSČ

Adresa pro doručování písemností (pokud se liší od adresy bydliště)

ulice a popisné číslo

město (obec)

PSČ

¹⁾ Uveďte rodné příjmení, popř. všechna Vaše další dřívější příjmení

Nejvyšší dosažené vzdělání v roce

Nejvyšší dosažené vzdělání ve státě

středoškolské

vyšší odborné

vysokoškolské Bc. Mgr. Ing. Doktorský titul

1.Kvalifikaci jsem získal/a²⁾

vyplňte a zaškrtněte

v oboru

v roce

ve státě

2.Kvalifikaci jsem získal/a

vyplňte a zaškrtněte

v oboru

v roce

ve státě

na škole (název školy)

na střední zdravotnické škole

na vyšší zdravotnické škole

na vysoké škole

v akreditovaném kvalifikačním kurzu

ve specializačním vzdělávání (PSS)

střední zdravotnické škole

vyšší zdravotnické škole

vysoké škole

v akreditovaném kvalifikačním kurzu

ve specializačním vzdělávání (PSS)

²⁾ Kvalifikací se rozumí získání odborné způsobilosti k výkonu povolání. Druhý sloupec vyplňte pouze v případě, že žádáte o registraci v druhé odbornosti.

Zaškrtněte způsobilost k výkonu povolání ³⁾

zaškrtněte

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> všeobecná sestra (§ 5) | <input type="checkbox"/> zdravotnický záchranář (§ 18) |
| <input type="checkbox"/> porodní asistentka (§ 6) | <input type="checkbox"/> farmaceutický asistent (§ 19) |
| <input type="checkbox"/> ergoterapeut (§ 7) | <input type="checkbox"/> biomedicínský technik (§ 20) |
| <input type="checkbox"/> radiologický asistent (§ 8) | <input type="checkbox"/> radiologický technik (§ 21) |
| <input type="checkbox"/> zdravotní laborant (§ 9) | <input type="checkbox"/> klinický psycholog (§ 22) |
| <input type="checkbox"/> zdravotně-sociální pracovník (§ 10) | <input type="checkbox"/> klinický logoped (§ 23) |
| <input type="checkbox"/> optometrista (§ 11) | <input type="checkbox"/> fyzioterapeut (§ 24) |
| <input type="checkbox"/> ortoptista (§ 12) | <input type="checkbox"/> radiologický fyzik (§ 25) |
| <input type="checkbox"/> asistent ochrany veřejného zdraví (§ 13) | <input type="checkbox"/> odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků (§ 26) |
| <input type="checkbox"/> ortotik-protetik (§ 14) | <input type="checkbox"/> biomedicínský inženýr (§ 27) |
| <input type="checkbox"/> nutriční terapeut (§ 15) | <input type="checkbox"/> odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví (§28) |
| <input type="checkbox"/> zubní technik (§ 16) | |
| <input type="checkbox"/> dentální hygienistka (§ 17) | |

Pracovní zařazení

Specializační studium ⁴⁾ (*zaškrtněte, event. doplňte název oboru*)

ANO → v úsecích práce (název)

NE

³⁾ Uveďte odpovídající odbornost podle zákona č. 96/2004 Sb.

⁴⁾ Uveďte pouze specializační studium získané v ČR; specializace získaná v jiném členském státě EU je předmětem samostatného posouzení na základě jiné písemné žádosti žadatele

Přílohy⁵⁾ – (dokládejte originál nebo stejnopis nebo úředně ověřenou kopii) - (*zaškrtněte*):

- pouze stejnopis nebo ověřená kopie (ne originál) dokladu o získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání
- výpis dosavadní zdravotnické praxe
- doklad o absolvovaných vzdělávacích aktivitách včetně kopií dokladů potvrzujících účast na jednotlivých formách celoživotního vzdělávání (*osoby samostatně výdělečně činné – dále jen OSVČ předloží úředně ověřené kopie, u ostatních zdravotnických pracovníků stačí pouze neověřené kopie*)
- doklad o složení zkoušky, kterou se ověřuje způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (*pouze u těch žadatelů, kteří nedokládají doklad o absolvovaných vzdělávacích aktivitách*)
- doklad o zdravotní způsobilosti - nesmí být při předložení starší 3 měsíců
- doklad o bezúhonnosti - nesmí být při předložení starší 3 měsíců
- OSVČ doloží stejnopis nebo úředně ověřenou kopii dokladu o registraci nestátního zdravotnického zařízení (dále jen NZZ) nebo živnostenského listu.

Tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých osobních údajů pro účely této žádosti Ministerstvem zdravotnictví, jakož i s tím, že mé osobní údaje mohou být poskytnuty třetím osobám, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých údajů, v platném znění.

Datum

Podpis žadatele

Poznámka:

Údaje z této žádosti budou využity pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a k zapsání do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle zákona č.96/2004 Sb., § 72. O zapsání do výše citovaného registru zdravotnický pracovník již nežádá, po vydání osvědčení bude automaticky do registru zapsán a tedy oprávněn používat označení „Registrovaný/á“.

Upozornění: Žádost prosím vyplňte čitelně, hůlkovým písmem. Nesprávně, neúplně nebo nečitelně vyplněná žádost bude vrácena.

- **Žádost s příloženými doklady zasílejte na adresu:**

**Ministerstvo zdravotnictví
Odbor VZV
Oddělení VZV/3
Uznávací jednotka Brno
„REGISTRACE“
Vinařská 6
603 00 Brno**

⁵⁾ Doložte přílohy, které ukládá zákon č.96/2004 Sb. včetně příloh vyjmenovaných na této straně žádosti.

**Potvrzení personálního oddělení o zdravotnické praxi za posledních 6 let
předcházejících podání žádosti**

Potvrzujeme, že pan/paní:.....
narozen/a (datum):.....v (obec):.....
pracuje v naší organizaci od:.....do:.....
jako:.....v úvazku:.....

Dále potvrzujeme, že jmenovaný/á byl/a zaměstnaný/á v organizaci ^{1/} viz. pokyny k vyplnění

- 1) organizace:.....od:.....do:.....jako:.....v úvazku:.....
2) organizace:.....od:.....do:.....jako:.....v úvazku:.....
3) organizace:.....od:.....do:.....jako:.....v úvazku:.....

Výpis pracovní neschopnosti:.....
.....

Výpis mateřské dovolené: (1. dítě).....
(2. dítě).....
další děti:.....

Výpis rodičovské dovolené: (1. dítě)
(2. dítě).....
další děti:.....

Pokyny k vyplnění:

1. Proškrtněte v případě absence těchto údajů.
2. Přehled potvrdí odpovědný pracovník personálního oddělení.
3. U OSVČ je nutné přiložit úředně ověřenou kopii o registraci nestátního zdravotnického zařízení nebo živnostenského listu.
4. Odbornou praxí se rozumí práce zdravotnického pracovníka v zaměstnaneckém poměru nebo jako OSVČ ve zdravotnickém, sociálním nebo vzdělávacím zařízení.

.....
.....
Podpis odpovědného pracovníka
personálního oddělení
Razítko personálního oddělení

.....
.....
Jméno a příjmení (čitelně) odpovědného pracovníka personálního oddělení včetně telefonního čísla

**Popis výkonů činností zdravotnického pracovníka podle vyhlášky
č. 424/2004 Sb.**

Potvrzujeme, že pan/paní
vykonává činnosti v naší organizaci podle §
citované vyhlášky.

.....
Datum vystavení potvrzení

.....
Jméno a příjmení (čitelně) vedoucího pracovníka včetně telefonického kontaktu

.....
Razítko a podpis vedoucího pracovníka

Pokyny k vyplnění předchozí tabulky

(Doklad o absolvovaných vzdělávacích aktivitách žadatele/žadatelky):

1. Žadatel (zdravotnický pracovník) o osvědčení vypíše vzdělávací aktivity, které absolvoval v předchozím registračním cyklu.
2. Minimální počet kreditních bodů za 1 registrační cyklus je 40 kreditů (tj. 6 let před podáním přihlášky) – *podle vyhlášky č. 423/2004 Sb.*
3. Seznam vzdělávacích aktivit potvrdí vedoucí pracovník žadatele. Svým podpisem nadřízený pracovník stvrzuje, že přehled vykázaných vzdělávacích aktivit žadatele ověřil v jeho průkazu odbornosti nebo z originálních dokumentů a doloží prostými kopiemi potvrzení o účasti na formách celoživotního vzdělávání žadatele.
4. Ředitel zařízení podepíše výkaz vedoucím pracovníkům.
5. Žadatel o osvědčení, který vlastní nestátní zdravotnické zařízení (pracuje jako OSVČ), nechá výkazy bez podpisů vedoucích a údaje doloží úředně ověřenými kopiemi potvrzení .
6. Pokud u absolvované vzdělávací aktivity pochybujete o její kreditní hodnotě, hodnotu kreditů nevyplňujte. Po posouzení bude dané vzdělávací aktivitě přiřazena odpovídající hodnota kreditů podle vyhlášky č. 423/2004 Sb.
7. Publikace článků nebo knih musí být přesně citovány:
časopis:
Příjmení, jméno autora. Název článku. Název časopisu, ročník, rok, číslo, str. od-do
příklad:
Nováková Anna: Sestra a její profesionalita. Sesterský měsíčník, r. IV, 2001, č. 4, str. 45-48
kniha:
příklad
Nováková Anna: Novinky v ošetřovatelství. Vydavatel, místo, rok vydání, počet stran
kapitola v knize:
příklad
Nováková Anna: Ošetřovatelský proces.
In: Kolektiv autorů: Pokrokové ošetřovatelství, Vydavatel, místo, rok vydání, počet stran
8. Odborné stáže: uvést datum, adresu pracoviště, zaměření stáže.
9. Výzkum: uvést název a číslo výzkumného úkolu, název grantové agentury, datum jeho dokončení, oponovanou závěrečnou zprávu, potvrzení, zda byl žadatel nositelem grantu, řešitelem, spoluřešitelem.

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Jméno (popřípadě jména) a příjmení posuzované osoby

Datum narození

Adresa trvalého pobytu, popřípadě bydliště v cizině

Adresa zaměstnavatele

Adresa zdravotnického zařízení u OSVČ

Charakteristika výkonu povolání a konkrétních pracovních podmínek včetně míry výskytu faktorů*)

Druh prohlídky – vstupní – periodická - mimořádná (nehodící se škrtněte)

Posuzovaná osoba k výkonu uvedeného povolání

- a) je zdravotně způsobilá
- b) není zdravotně způsobilá
- c) je zdravotně způsobilá za podmínky

Datum ukončení platnosti lékařského posudku.

datum vydání lékařského posudku

podpis, celé jméno lékaře, razítko zdrav.
zařízení

Poučení:

Proti tomuto lékařskému posudku je možno podat podle § 77 odst. 2 a 3 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 285/2002 Sb., návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy byl posuzované osobě doručen. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení, které lékařský posudek vydalo, nebo lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení svým jménem.

Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou dne

podpis posuzované osoby

Zaměstnavatel nebo správní úřad lékařský posudek převzal dne

podpis osoby oprávněné k převzetí

*) § 37 zákona č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.