

Formulář žádosti o přiznání statutu “malé praxe”

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno, příjmení	
Bydliště	
IČO	
IČZ	
Odbornost	
Místo provozování	
Úvazek lékaře	

Pozn.: Žadatel uvede místo provozování ZZ, které je uvedeno v rozhodnutí o registraci a příp. adresu vedlejšího místa provozování

ORDINAČNÍ HODINY

Pondělí		
Úterý		
Středa		
Čtvrtek		
Pátek		

Pozn. v případě více ordinací je nutné uvést ordinační hodiny odděleně pro každou ordinaci

PŘEHLED ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

ZZ je v měsíci.....201. smluvním partnerem těchto zdravotních pojišťoven:

Číslo smluvní zdravotní pojišťovny	Počet registrovaných pojištěnců (PR)	Počet jednicových pojištěnců (PJ)
Celkem		

PŘEHLED ZTÍŽENÝCH PODMÍNEK

Rozloha praxe, spádové obce	
Počet obyvatel ve spádové oblasti	
Z jiných důvodů	

CELKOVÁ ÚHRADA OD ZP V MINULÉM ČTVRTLETÍ

Úhrada celkem od všech ZP v minulém čtvrtletí (Kč):	
Od těchto zdravotních pojišťoven:	

Pozn. uvádí se pouze úhrada ve formě úhrady KKVP

DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE Z MÍSTA ORDINACE

1) Dostupnost nemocnice nebo polikliniky:

Vzdálenost z místa ordinace	km
Čas jízdy autem, příp. sanitním vozem	
Vlakové spojení	ANO NE
Autobusové spojení	x denně

2) Dostupnost ordinace jiného lékaře stejné odbornosti:

Vzdálenost z místa ordinace	km
Čas jízdy autem, příp. sanitním vozem	
Vlakové spojení	ANO NE
Autobusové spojení	x denně

3) Dostupnost LSPP:

Je LSPP dostupná v místě ordinace	ANO NE
Vzdálenost z místa ordinace	km
Čas jízdy autem, příp. sanitním vozem	
Vlakové spojení	ANO NE
Autobusové spojení	x denně

Pozn.: pro přidělení statutu „malé praxe“ je rozhodující bod 2)

ZMĚNA ÚVAZKU LÉKAŘE

Došlo v posledním roce ke změně Vašeho úvazku?	NE
	ANO
	původní úvazek:
	nový úvazek:

SLEDOVANÉ NÁKLADY NA PROVOZ ORDINACE V POSLEDNÍM ÚČETNÍM OBDOBÍ (OD-DO):

Nájem	Kč	Kč
Energie	Kč	Kč
Vodné a stočné	Kč	Kč

*v případě provozování více ordinací uvést odděleně

DOTACE Z JINÝCH ZDROJŮ:

Dotace	
Ve výši	měsíčně/ročně
Od data	
Subjekt, který poskytuje dotaci	

VYJÁDŘENÍ PŘÍSLUŠNÉHO OBECNÍHO ÚŘADU:

Obec má zájem na provozování této lékařské praxe	ANO	NE
Ordinace je umístěna v prostorách		
Provoz ordinace finančně podporujeme*	ANO	NE
Pokud ANO, tak ve výši		/rok

**Jako forma podpory se rozumí finanční úlevy, přímé dotace apod.*

datum, razítko, podpis

VYJÁDŘENÍ ODBORU SOCIÁLNÍCH VĚCÍ A ZDRAVOTNICTVÍ PŘÍSLUŠNÉHO KRAJSKÉHO ÚŘADU:

Žadatel požádal Krajský úřad o dotaci na provoz praxe v místě	ANO	NE
Této žádosti bylo vyhověno	ANO	NE
Dotace je poskytnuta ve výši		
formou*		
na dobu		

**Jako forma podpory se rozumí finanční úlevy, přímé dotace apod.*

K zajištění dostatečné zdravotní obslužnosti obyvatel **je/není*** tato praxe podle mého názoru nezbytná a **doporučuji/ nedoporučuji*** její podporu v rámci programu “malých praxí”.

datum, razítko a podpis

VYJÁDŘENÍ POBOČKY MAJORITNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY PRO DANÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

Překročilo ZZ v posledním roce regulační mechanismus za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky nebo za vyžádanou péči	ANO	NE
Pokud ANO:		
typ regulačního mechanismu		
o procent		

Souhlasí výše uvedený úvazek lékaře (viz kontaktní údaje žadatele) s platnou smlouvou žadatele?	ANO
	NE
	uvedený úvazek lékaře:
	platný úvazek lékaře::

datum, razítko a podpis zástupce

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou správné.

datum a podpis žadatele