**Žádost poskytovatele odbornosti 001/002 o úhradu týmové praxe**

|  |  |
| --- | --- |
| Poskytovatel zdravotních služeb: |  |
| **Sídlo (obec):** |  |
| **Ulice, č.p., PSČ:** |  |
| **Zastoupený**  **(jméno, funkce):** |  |
| **IČ:** |  |
| **IČZ:** |  |
| **IČP:** |  |

**tímto dokládá splnění podmínek pro úhradu týmové praxe ve smyslu přílohy č. 2 části E) bodu 1. písm. a) až h) vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 na výše uvedeném pracovišti (provoz ode dne DD. MM. RRRR), přičemž týmová praxe bude poskytována na této/těchto adresách**:

Adresa hlavního pracoviště týmové praxe:

|  |  |
| --- | --- |
| Ulice, č.p./č.o. |  |
| Obec |  |
| PSČ |  |

*Adresa detašovaného pracoviště 1 (vyplní se pouze, pokud je zřízeno)*

|  |  |
| --- | --- |
| *Ulice, č.p./č.o.* |  |
| *Obec* |  |
| *PSČ* |  |
| *Vzdálenost od hlavního pracoviště* |  |

*Adresa detašovaného pracoviště 2 (vyplní se pouze, pokud je zřízeno)*

|  |  |
| --- | --- |
| *Ulice, č.p./č.o.* |  |
| *Obec* |  |
| *PSČ* |  |
| *Vzdálenost od hlavního pracoviště* |  |

*Pozn. pro případná nová místa poskytování doložit kladný výsledek výběrového řízení dle § 46 a násl. zákona   
č. 48/1997 Sb. a oprávnění k poskytování zdravotních služeb.*

**Poskytovatel tímto dokládá splnění následujících podmínek pro pracoviště týmové praxe:**

1. Poskytovatel je hrazen kombinovaně kapitačně výkonovou platbou.

|  |  |
| --- | --- |
| ANO | NE |

1. Poskytovatel v odbornosti všeobecného praktického lékařství je držitelem rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství.

*Pozn. doložit rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace, pokud již nebylo pojišťovně doloženo.*

|  |  |
| --- | --- |
| ANO | NE |

1. Poskytovatel na hlavním pracovišti týmové praxe poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.

|  |  |
| --- | --- |
| ANO | NE |

1. Poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu se zpětným potvrzením termínu objednání pojištěnci.

*Event. uvést odkaz na webovou adresu/mobilní aplikaci:*

|  |  |
| --- | --- |
| ANO | NE |

1. Poskytovatel na pracovišti týmové praxe registruje minimálně 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.

|  |  |
| --- | --- |
| ANO | NE |

1. Poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno nejméně v tomto rozsahu: 1,0 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí (nositel L3), přičemž alespoň 1 nositel L3 je fyzicky přítomen na pracovišti týmové praxe po celou ordinační dobu pracoviště, a 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí (nositel L3) nebo lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene (nositel L2). Úvazkem 1,0 se pro účely této části rozumí úvazková kapacita sjednaná ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb v rozsahu 30 hodin týdně a více.

|  |  |
| --- | --- |
| ANO | NE |

Poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe bude zajištěno těmito lékaři v tomto rozvrhu ordinační doby (*v případě více míst poskytování se vyplní ordinační doba lékaře pro každé místo poskytování*):

Lékař č. 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře |  | |
| Identifikační číslo lékaře |  | |
| Kategorie lékaře |  | |
| Ordinační doba | Den | OD – DO (příp. místo poskytování) |
| PO |  |
| ÚT |  |
| ST |  |
| ČT |  |
| PÁ |  |

Lékař č. 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře |  | |
| Identifikační číslo lékaře |  | |
| Kategorie lékaře |  | |
| Ordinační doba | Den | OD – DO (příp. místo poskytování) |
| PO |  |
| ÚT |  |
| ST |  |
| ČT |  |
| PÁ |  |

*Lze doplnit více tabulek.*

1. *Pozn. doložit doklady o vzdělání zdravotnických pracovníků, pokud již nebyly pojišťovně doloženy.* Celkový počet úvazků lékaře se specializovanou způsobilostí a lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje na pracovišti týmové praxe 3,0 úvazku, přičemž počet úvazků lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 1,0 úvazku.

|  |  |
| --- | --- |
| ANO | NE |

**Poskytovatel prohlašuje, že výše uvedené údaje jsou správné a úplné a k jejich prokázání dokládá následující dokumenty *(viz výše dle poznámek)*:**

V ………...................… dne ......................

|  |
| --- |
| razítko a podpis  ……………………………… |
| za Poskytovatele |