

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)..... PSČ.....

IČO

Adresa trvalého bydliště – ulice a popisné číslo.....

město (obec)..... PSČ.....

e-mail kontakt.....@.....

Telefon/mobil.....

Kontaktní adresa (pokud se liší od trvalého bydliště)

ulice a popisné číslo.....

město (obec)..... PSČ.....

Nejvyšší dosažené vzdělání v roce.....

Nejvyšší dosažené vzdělání ve státě.....

středoškolské

vyšší odborné

vysokoškolské Bc. Mgr. Doktorský titul

*nehodící se škrtněte

1. Kvalifikaci jsem získal/a²

vyplňte a zaškrtněte

v oboru.....

v roce.....

ve státě.....

- na střední zdravotnické škole
- na vyšší zdravotnické škole
- na vysoké škole
- v akreditovaném kvalifikačním kurzu
- v oboru specializačního vzdělávání (PSS)

2. Kvalifikaci jsem získal/a

vyplňte a zaškrtněte

v oboru

v roce.....

ve státě.....

- střední zdravotnické škole
- vyšší zdravotnické
- vysoké škole
- v akreditovaném kvalifikačním kurzu
- v oboru specializačního vzdělávání(PSS)

Zaškrtněte způsobilost k výkonu povolání³

(zaškrtněte)

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

Pracovní zařazení

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

ANO → v oborech, v úsecích práce (název)

.....
.....

NE

Přílohy⁴ – (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 (případně s výší kreditů)
- 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

Souhlasím s tím, aby s uvedenými údaji bylo nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000 Sb. v platné 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 nežadá, po vydání osvědčení bude automaticky do registru zapsán a tedy oprávněn používat označení „Registrovaný/á“.

Pokyny k vyplnění žádosti

Žádost a přílohy prosím vyplňte čitelně hůlkovým písmem.

- 1) Uveďte všechna Vaše dřívější příjmení
- 2) Kvalifikací se rozumí získání odborné způsobilost k výkonu povolání. Druhý sloupec vyplňte pouze v případě, že žádáte o registraci ve více než jedné kvalifikaci.
- 3) Uveďte odbornost podle zákona č. 96/2004 Sb.
- 4) Doložte ty přílohy, které ukládá zákon č.96/2004 Sb.

- Žádost s příloženými doklady zasílejte na adresu:

ČR – Ministerstvo zdravotnictví

Odbor vědy, vzdělávání a ošetřovatelství – uznávací jednotka Brno

Vinařská 6

603 00 Brno

VÝPIS DOSAVADNÍ ZDRAVOTNICKÉ PRAXE

pracoviště	funkce	úvazek	datum od - do

razítko zaměstnavatele

.....
podpis vedoucího pracovníka

.....
podpis žadatele

Pokyny k vyplnění:

1. Odbornou praxí se rozumí práce zdravotnického pracovníka v zaměstnaneckém poměru ve zdravotnickém, sociálním nebo vzdělávacím zařízení.
2. Žadatel o vydání rozhodnutí o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských států EU musí doložit absolvování praxe dle zákona č. 96/2004 Sb.
3. Přehled potvrdí vedoucí pracovník zařízení nebo personální oddělení. U samostatných právnických osob (vlastnictví nestátního zdravotnického zařízení) je potřeba čestné prohlášení.

*nehodící se škrtněte

Pokyny k vyplnění:

1. Žadatel (zdravotnický pracovník) o osvědčení vypíše vzdělávací aktivity, které absolvoval v předchozím registračním cyklu a označí je kreditní hodnotou.
2. Minimální počet kreditních bodů za 1 registrační cyklus je 40 kreditů (tj. 6 let před podáním přihlášky) – *do 1.4.2006 nemusí žadatel prokazovat kredity*
3. Seznam vzdělávacích aktivit potvrdí vedoucí pracovník zařízení. Svým podpisem nadřízený pracovník stvrzuje, že přehled vykázaných vzdělávacích aktivit žadatele ověřil v jeho indexu odbornosti nebo z originálních dokumentů.
4. Vedoucím pracovníkům zařízení výkaz podepíše ředitel zařízení.
5. Žadatel o osvědčení, který vlastní nestátní zdravotnické zařízení (např. agenturu domácí péče, laboratoře) nechá výkazy bez podpisů vedoucích a údaje doloží kopiemi potřebných dokumentů.
6. Pokud absolvovaná vzdělávací aktivita není uvedena v seznamu nebo pochybujete o její kreditní hodnotě, kredity nevyplňujte. Doložte v příloze, že jste aktivitu absolvoval/a. Po posouzení ji bude přiřazena odpovídající hodnota kreditů.
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 ošetrovatelství. Vydavatel, místo, rok vydání, počet stran
kapitola v knize:
příklad
Nováková Anna: Ošetrovatelský proces.
In: Kolektiv autorů: Pokrokové ošetrovatelství, 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 a datum jeho dokončení, 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

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, jmenovka 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.

***) Vyplní se v případě stanoveném v § 5 odst. 2 písm. c) vyhlášky č. 470/2004 Sb.