

Žádost poskytovatele odbornosti 001/002 o úhradu týmové praxe pro rok 2026

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 D) bodu 1. písm. a) až h) vyhlášky č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2026 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

2. 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

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

☐ ANO

☐ NE

4. Poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu.

Event. uvést odkaz na webovou adresu/mobilní aplikaci:

☐ ANO

☐ NE

5. PZS na pracovišti týmové praxe registruje **minimálně 1 800 přepočtených pojištěnců** všech ZP, jde-li o poskytovatele v odbornosti 001, a **minimálně 1 700 přepočtených pojištěnců** všech ZP, jde-li o poskytovatele v odbornosti 002.

☐ ANO☐ NE

6. 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 na samostatný list, který bude doložen společně s žádostí jako příloha.

Pozn. doložit doklady o vzdělání zdravotnických pracovníků, pokud již nebyly pojišťovně doloženy (např. certifikát o absolvování základního kmene, diplom o specializaci).

7. 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 poskytovatele