|  |  |
| --- | --- |
| ÚDAJE O SLUŽBĚ(formulář se vždy vyplní pro jednu službu a jedno místo poskytování dané služby) | |
| **Typ služby**  vždy vybrat pouze ze služeb uvedených v seznamu!!! |  |

|  |
| --- |
| AP – ambulantní péče (ordinace lékaře se specializací v psychiatrii), SL – substituční léčba[[1]](#footnote-1), DTX – detoxifikace, LP – lůžková péče, KPS – kontaktní a poradenské služby, TP – terénní programy, AA – ambulance adiktologie (nelékařská ambulance), O – ostatní |

|  |  |
| --- | --- |
| Služba je realizována od (měsíc/rok): |  |

**Osoba odpovědná za realizaci služby (řešitel)**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno: | |
| Příjmení: | |
| Titul: | |
| Funkce: | |
| Telefon: | E-mail: |

**Místo poskytování služby**

|  |
| --- |
| Kraj: |
| Obec/obce: |

Bližší specifikace místa:

* + 1. budova, event. prostory, kde je projekt realizován (adresa/y místa realizace technického, popř. provozního zázemí a jeho popis).
    2. vlastník budovy, event. prostor.

**Popis služby a zdůvodnění její potřebnosti**

1. poskytovaná odborná péče
2. cíle
3. cílová skupina/cílové skupiny
4. obsah a metody realizace
5. provozní doba
6. popis výchozí situace na území, kde je služba realizována
7. dostupnost
8. další

**Je služba certifikována?**

a) ano – uveďte platnost do

b) ne – uveďte důvody (proběhlo místní šetření, ale certifikát nebyl udělen, organizace nepožádala o certifikaci, jiné.)

**Jste poskytovatelem zdravotních služeb?**

a) ano

b) ne – uveďte důvod

**Máte jako poskytovatel zdravotních služeb poskytující službu smlouvu se zdravotní pojišťovnou?**

a) ano

• uveďte druhy výkonů nasmlouvaných a jejich cenu v Kč (uveďte výši nasmlouvanou s VZP)

• uveďte výkony, které hrazené z veřejného zdravotního pojištění nemáte, případně zdůvodněte proč je úhrada nedostatečná

b) ne – uveďte důvod

**Profesní životopis osoby odpovědné za poskytování služby v rámci projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Titul, jméno a příjmení |  |
| Stručné profesní curriculum vitae  (vzdělání, akademické a vědecké hodnosti, dosavadní odborná, výzkumná, pedagogická činnost, odborné výcviky, autorské vybrané publikace vztahující se k tématu) | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Prohlášení řešitele služby**  Potvrzuji, že odpovídám za realizaci služby ……………  v rámci projektu ……………….  Dne  podpis / razítko |

1. Důležitá informace pro všechny poskytovatele zdravotních služeb poskytující substituční léčbu: na základě § 20 odst. 2 písm. j) zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, je substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, poskytována ve zdravotnických zařízeních pod vedením lékaře; poskytovatelé zdravotních služeb, kteří poskytují substituční léčbu, jsou povinni hlásit pacienty do Národního registru léčby uživatelů drog, zřízeného zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. [↑](#footnote-ref-1)