

Žiadosť o overenie zhody informačného systému

(v zmysle § 11 zákona č. 153/2013 Z.z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov)

1. Obchodné meno a sídlo výrobcu, alebo miesto podnikania výrobcu:

2. Identifikačné číslo výrobcu (IČO):

3. Názov a označenie verzie informačného systému:

4. Meno a priezvisko osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym zástupcom výrobcu

5. Dátum a podpis osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym zástupcom výrobcu

.....

.....

.....

6. Označte typy PZS, pre ktorých je informačný systém určený:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Všeobecná ambulancia | <input type="checkbox"/> Nemocnica |
| <input type="checkbox"/> Špecializovaná ambulancia | <input type="checkbox"/> Liečebňa |
| <input type="checkbox"/> Zubno-lekárska ambulancia | <input type="checkbox"/> Hospic |
| <input type="checkbox"/> Ambulantná pohotovostná služba | <input type="checkbox"/> Dom ošetrovateľskej starostlivosti |
| <input type="checkbox"/> Záchranná zdravotná služba | <input type="checkbox"/> Prírodné liečebné kúpele |
| | <input type="checkbox"/> Zariadenie biomedicínskeho výskumu |
| <input type="checkbox"/> Zariadenie na poskytovanie jednodňovej ZS | |
| <input type="checkbox"/> Stacionár | <input type="checkbox"/> Verejná lekáreň |
| <input type="checkbox"/> Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti | <input type="checkbox"/> Vydajňa zdravotníckych pomôcok |
| <input type="checkbox"/> Mobilný hospic | |
| Zariadenie SVLZ | <input type="checkbox"/> IS pre Objednávanie |
| <input type="checkbox"/> Laboratórna diagnostika (OKB, MIK, Hem., ...) | |
| <input type="checkbox"/> Laboratórno-liečebná diagnostika (RDG, CT, transfúzna stanica, ...) | |

Iné:

.....

Povinne procesné scenáre Vami zvoleného výberu v bode 6. sú v aktuálnej verzii zverejnené v dokumente *Procesné scenáre služieb*.

Zodpovedná osoba pre overenie zhody a riešenie incidentov za výrobcu:

Meno a priezvisko:

E-mail:

Tel. č.:

Výrobca je povinný k žiadosti (podľa § 11 ods. 5 zákona č. 153/2013 Z.z.) predložiť Národnému centru zdravotníckych informácií (NCZI) technickú dokumentáciu predmetu žiadosti a predmet žiadosti.

Vyplní NCZI

Žiadosť zaevidovaná dňa:

Pripomienky:

Zaslané výrobcovi na doplnenie dňa:

Za NCZI kontroloval:

Za NCZI schválil:

.....
meno, priezvisko a podpis

.....
meno, priezvisko a podpis