



Inspektionen för vård och omsorg

**ANMÄLAN AV VERKSAMHET ENLIGT  
PATIENTSÄKERHETSLAGEN (2010:659), PSL**

Datum

.....

Denna blankett eller motsvarande elektroniska blankett ska användas för anmälan av verksamhet enligt 2 kap. 1 § PSL.

Blanketten används även av vårdgivare som utökar med ny verksamhet (2 kap. 2 § PSL).

Blanketten kan också användas för att anmäla förändringar av tidigare anmälda och registrerade uppgifter. Inspektionen för vård och omsorg föredrar dock att vårdgivaren i stället beställer ett registerutdrag där aktuella förändringar särskilt markeras.

*Nedläggning/avregistrering av verksamhet bör anmälas på en annan blankett.*

**ANMÄLAN AVSER**

Inspektionen för vård och omsorgs anteckningar

<input type="checkbox"/> Nyetablering av hälso- och sjukvårdsverksamhet	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> Nyetablering av verksamhet enligt 7 kap. 2 § PSL	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> Förändring av tidigare lämnade uppgifter	Registreringsnummer Fr.o.m.

Inspektionen för vård och omsorgs anteckningar
------------------------------------------------

**VÅRDGIVARE** (juridisk eller fysisk person)

<input type="checkbox"/> Landsting	Namn på landsting och ansvarig nämnd
<input type="checkbox"/> Kommun	Namn på kommun och ansvarig nämnd
<input type="checkbox"/> Staten	Namn på myndighet
<input type="checkbox"/> Privat	Namn på bolag/stiftelse/enskild firma
Organisationsnummer/personnummer	

**ANMÄLD VERKSAMHET**

Namn eller gemensam beteckning på den anmälda verksamheten		
Postadress dit vårdgivaren vill att post till verksamheten ska ställas (gata/box)		
Postnummer	Ort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post

**UPPGIFTER OM VERKSAMHETSCHEFEN** (motsvarande)

Namn (texta tydligt)	Utbildning (frivillig uppgift)	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post

**NAMN PÅ ANMÄLNINGSSKYLDIG ENLIGT 3 KAP. 5 § PSL** (lex Maria)

Namn (texta tydligt)	Utbildning (frivillig uppgift)
----------------------	--------------------------------

**PATIENTFÖRSÄKRING**

Har patientförsäkring tecknats	Om patientförsäkring saknas, ange anledning
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Nedan anges var verksamheten bedrivs. I de fall en verksamhet bedrivs på olika adresser ska vanligen samtliga adresser anges på anmälningsblanketten.

### VAR VERKSAMHETEN BEDRIVS, ADRESS 1

Om verksamhetens besöksadress 1 är densamma som den postadress som angetts på blankettens första sida, räcker det att ange detta (skriv: "samma adress som på sidan 1"). Övriga uppgifter om inriktning, heldygnsvård etc. ska dock alltid anges.			
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post	
Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder från kodlistan på sidan 4 (flera koder får anges)			
<input type="checkbox"/> Markera med kryss om verksamheten vid denna adress enbart bedrivs periodvis		Bedrivs heldygnsvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

### VAR VERKSAMHETEN BEDRIVS, ADRESS 2

Besöksadress			
Postnummer		Ort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post	
Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder från kodlistan på sidan 4 (flera koder får anges)			
<input type="checkbox"/> Markera med kryss om verksamheten vid denna adress enbart bedrivs periodvis		Bedrivs heldygnsvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

### VAR VERKSAMHETEN BEDRIVS, ADRESS 3

Besöksadress			
Postnummer		Ort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post	
Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder från kodlistan på sidan 4 (flera koder får anges)			
<input type="checkbox"/> Markera med kryss om verksamheten vid denna adress enbart bedrivs periodvis		Bedrivs heldygnsvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

## VERKSAMHETER SOM AVSES I 7 KAP. 2 § PSL OCH SOM SKA ANLITAS

Ange vilka verksamheter som anlitas. Räcker inte utrymmet i denna ruta går det bra att fortsätta på ett separat papper.

## ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

## UPPGIFTSLÄMNARE

Namn	Telefon (inkl. riktnummer)	E-post
------	----------------------------	--------

Vårdgivare som inte tidigare anmält verksamhet bör bifoga en kopia av registreringsbeviset, om sådant finns. Bedrivs verksamhet i en sådan form att registreringsbevis saknas, bör detta anges under "Övriga upplysningar".

***Anmälan skickas till***

**Inspektionen för vård och omsorg**

**registerfragor@ivo.se**

## KODER FÖR VERKSAMHETSINRIKTNINGAR (ska anges på sidan 2)

<b>A</b>	<b>Tandvårdsverksamheter</b>	C10	Yrkes- och miljömedicin	<b>H</b>	<b>Verksamheter inom övriga medicinska specialitetsområden</b>
A01	Tandhygienistverksamhet	C11	Geriatrisk	H01	Allmänmedicin (distrikts-/hus-/familjeläkarverksamhet)
A02	Tandläkarverksamhet, Allmän tandvård	<b>D</b>	<b>Barnmedicinska verksamheter</b>	H02	Socialmedicin
A03	Pedodonti	D01	Barn- och ungdomsmedicin (inkl. prematurvård)	H03	Hud- och könssjukdomar
A04	Ortodonti	D02	Barn- och ungdomsallergologi	H04	Neurologi
A05	Parodontologi	D03	Barn- och ungdomsneurologi med rehabilitering	H05	Infektionssjukdomar
A06	Oral kirurgi	D04	Barn- och ungdomskardiologi	H06	Rehabiliteringsmedicin (medicinsk rehabilitering)
A07	Endodonti	D05	Neonatal intensivvård	H07	Onkologi
A08	Oral protetik			H08	Klinisk nutritionslära
A09	Odontologisk radiologi				
A10	Bettfysiologi				
<b>B</b>	<b>Opererande verksamheter</b>	<b>E</b>	<b>Psykiatriska verksamheter</b>	<b>I</b>	<b>Övriga verksamheter</b>
B01	Kirurgi	E01	Psykiatri	I01	Akut-/intagningsavd. (som inte kan hänföras till någon annan särskild verksamhetskod)
B02	Ortopedi	E02	Barn- och ungdomspsykiatri	I02	Allmän hälso- och sjukvård (som inte kan hänföras till någon annan särskild verksamhetskod)
B03	Urologi	E03	Rättspsykiatri	I03	Ambulanssjukvård
B04	Barn- och ungdomskirurgi	E04	Geropsykiatri	I04	Apoteksverksamhet
B05	Handkirurgi	E05	Toxikomanivård	I05	Arbetssterapiverksamhet
B06	Plastikkirurgi	<b>F</b>	<b>Radiologiska verksamheter</b>	I06	Barnhälsovård
B07	Neurokirurgi	F01	Medicinsk radiologi	I07	Brännskadevård
B08	Thoraxkirurgi	F02	Neuroradiologi	I08	Distriktssköterskeverksamhet
B09	Anestesi	F03	Barn- och ungdomsradiologi	I09	Företagshälsovård
B10	Obstetrik och gynekologi	<b>G</b>	<b>Kliniska laborierverksamheter</b>	I10	Habilitering
B11	Förlossningsvård (inkl. BB-verksamhet)	G01	Transfusionsmedicin/ blodcentral	I11	Hemsjukvård
B12	Gynekologisk onkologi	G02	Koagulations- och blödningsrubbingar	I12	Hjälpmedelsverksamhet
B13	Öron-, näs- och halssjukdomar	G03	Klinisk immunologi	I13	Hälso- och sjukvård i särskilt boende (motsvarande)
B14	Röst- och talrubbingar (foniatrik)	G04	Klinisk bakteriologi	I14	Kiropraktorverksamhet
B15	Hörselrubbingar (audiologi)	G05	Klinisk virologi	I15	Larmcentralsverksamhet
B16	Ögonsjukdomar	G06	Klinisk fysiologi	I16	Mödrahälsovård
B17	Transplantationsverksamhet	G07	Klinisk neurofysiologi	I17	Naprapatverksamhet
<b>C</b>	<b>Invärtesmedicinska verksamheter</b>	G08	Klinisk kemi	I18	Optikerverksamhet
C01	Internmedicin	G09	Klinisk farmakologi	I19	Psykologverksamhet
C02	Kardiologi	G10	Klinisk genetik	I20	Psykoanalytisk verksamhet
C03	Medicinsk gastroenterologi och hepatologi	G11	Klinisk patologi	I21	Sjukgymnastikverksamhet
C04	Endokrinologi och diabetologi	G12	Klinisk cytologi	I22	Skolhälsovård
C05	Medicinska njursjukdomar (inkl. dialysvård)	G13	Rättsmedicin	I23	Smärteklini
C06	Lungsjukdomar	G14	Nukleärmedicin (inkl. isotop-lab.)	I24	Ungdomsmottagningsvård
C07	Hematologi	G15	Annan laborierverksamhet	I25	Utprovning av medicintekniska produkter
C08	Allergisjukdomar				
C09	Reumatologi	I00	Annan verksamhet, ange vilken: .....		