

Anmälan avser

| | |
|--|---------|
| Nyetablering av verksamhet | Fr.o.m. |
| Förändring av tidigare lämnade uppgifter | Fr.o.m. |
| Nedläggning av verksamhet | Fr.o.m. |

Vårdgivare

| | |
|--|---------------|
| Vårdgivarens namn | |
| Organisationsnummer eller, om organisationsnummer saknas, personnummer | |
| Gatu- eller boxadress | |
| Postnummer | Ort |
| Webbadress | |
| E-postadress | Telefonnummer |

Verksamhet 1

| | |
|---|--|
| Namn på verksamheten | Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn) |
| Besöksadress | |
| Postnummer | Ort |
| E-postadress | Telefonnummer |
| <p>Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats (www.ivo.se). Flera koder får anges.</p> | |

Fortsätt på sidan 2.

| | |
|---|-----------------------------|
| Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL) | |
| Ja | Nej |
| Erbjuder digitala vårdkontakter | |
| Ja | webbadress |
| Nej | |
| Har platser för sluten vård | |
| Ja | Nej |
| Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare | |
| Ja | namn på tidigare vårdgivare |
| Nej | |

Verksamhet 2

| | | | |
|--|--|--|--|
| Namn på verksamheten | | Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn) | |
| Besöksadress | | | |
| Postnummer | | Ort | |
| E-postadress | | Telefonnummer | |
| Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats (www.ivo.se). Flera koder får anges. | | | |
| Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL) | | | |
| Ja | | Nej | |
| Erbjuder digitala vårdkontakter | | | |
| Ja | | webbadress | |
| Nej | | | |
| Har platser för sluten vård | | | |
| Ja | | Nej | |
| Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare | | | |
| Ja | | namn på tidigare vårdgivare | |
| Nej | | | |

Fortsätt på sidan 3.

Verksamhet 3

| | | | |
|---|--|--|--|
| Namn på verksamheten | | Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn) | |
| Besöksadress | | | |
| Postnummer | | Ort | |
| E-postadress | | Telefonnummer | |
| <p>Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats (www.ivo.se). Flera koder får anges.</p> | | | |
| <p>Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL)</p> <p>Ja Nej</p> | | | |
| <p>Erbjuder digitala vårdkontakter</p> <p>Ja webbadress</p> <p>Nej</p> | | | |
| <p>Har platser för sluten vård</p> <p>Ja Nej</p> | | | |
| <p>Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare</p> <p>Ja namn på tidigare vårdgivare</p> <p>Nej</p> | | | |

Uppgifter om verksamhetschef eller motsvarande

| | | | |
|-----------------------|--|---------------|--|
| Namn | | | |
| Gatu- eller boxadress | | | |
| Postnummer | | Ort | |
| E-postadress | | Telefonnummer | |

Fortsätt på sidan 4.

Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5 § PSL (lex Maria)

| |
|------|
| Namn |
|------|

Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 7 § PSL (anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal)

| |
|------|
| Namn |
|------|

Patientförsäkring

| |
|---|
| Finns patientförsäkring? Ja uppgift om den patientförsäkring som tecknats Nej |
|---|

Anlitande av verksamhet som avses i 7 kap. 2 § PSL

Ange vilka verksamheter enligt 7 kap. 2 § PSL som anlitas eller avses anlitas (verksamheter som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning).

| Namn på anlitad verksamhet | Organisationsnummer |
|----------------------------|---------------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

Fortsätt på sidan 5.

Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
|--|

Uppgiftslämnare

| | | |
|---|---------------|--|
| Datum | Namn | |
| E-postadress | Telefonnummer | |
| Uppgift om hur den som lämnar anmälan är behörig att representera vårdgivaren | | |

Anmälan ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg.
Adressuppgifter finns på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats, www.ivo.se