

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

Verksamhet

| | | |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| Namn | | |
| Huvudsaklig inriktning (endast ett alternativ får anges) | | |
| Psykiatrisk tvångsvård | Rättspsykiatrisk vård | Rättspsykiatrisk undersökning |

Uppgifter om verksamhetschef

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

Fortsätt på sidan 2.

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. 6 § PSL (brister i säkerheten)

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

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

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

Uppgifter om chefsöverläkare

| | |
|--------------|---------------|
| Namn | |
| E-postadress | Telefonnummer |

Uppgifter om säkerhetsansvarig

| | |
|--------------|---------------|
| Namn | |
| E-postadress | Telefonnummer |

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 ska anlitas (verksamheter som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning).

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

Fortsätt på sidan 3.

Avdelning 1

| | | | |
|---|--|--|--|
| Namn på avdelningen | | Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn) | |
| Besöksadress | | | |
| Postnummer | | Ort | |
| E-postadress | | Telefonnummer | |
| <p>Beskriv avdelningens 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>Målgrupp (det är möjligt att ange båda målgrupperna)</p> <p> Patienter över 18 år (vuxna)</p> <p> Patienter under 18 år (barn)</p> <p>Om målgruppen endast är vuxna - förekommer det att barn vårdas på avdelningen?</p> <p> Ja Nej</p> | | | |
| <p>Avdelningens säkerhetsklass eller säkerhetsklasser</p> <p> Mycket hög Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> <p> Hög Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> <p> Godtagbar Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> | | | |
| <p>Finns beslut om allmän inpasseringskontroll?</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> | | | |

Fortsätt på sidan 4.

Avdelning 2

| | | | |
|---|--|--|--|
| Namn på avdelningen | | Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn) | |
| Besöksadress | | | |
| Postnummer | | Ort | |
| E-postadress | | Telefonnummer | |
| <p>Beskriv avdelningens 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>Målgrupp (det är möjligt att ange båda målgrupperna)</p> <p> Patienter över 18 år (vuxna)</p> <p> Patienter under 18 år (barn)</p> <p>Om målgruppen endast är vuxna - förekommer det att barn vårdas på avdelningen?</p> <p> Ja Nej</p> | | | |
| <p>Avdelningens säkerhetsklass eller säkerhetsklasser</p> <p> Mycket hög Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> <p> Hög Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> <p> Godtagbar Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> | | | |
| <p>Finns beslut om allmän inpasseringskontroll?</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> | | | |

Fortsätt på sidan 5.

Avdelning 3

| | | | |
|---|--|--|--|
| Namn på avdelningen | | Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn) | |
| Besöksadress | | | |
| Postnummer | | Ort | |
| E-postadress | | Telefonnummer | |
| <p>Beskriv avdelningens 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>Målgrupp (det är möjligt att ange båda målgrupperna)</p> <p> Patienter över 18 år (vuxna)</p> <p> Patienter under 18 år (barn)</p> <p>Om målgruppen endast är vuxna - förekommer det att barn vårdas på avdelningen?</p> <p> Ja Nej</p> | | | |
| <p>Avdelningens säkerhetsklass eller säkerhetsklasser</p> <p> Mycket hög Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> <p> Hög Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> <p> Godtagbar Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> | | | |
| <p>Finns beslut om allmän inpasseringskontroll?</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> | | | |

Fortsätt på sidan 6.

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.