

## Ett nytt tillstånd eller en ändring av tillstånd för ett begränsat läkemedelsförråd för en privat enhet för serviceboende inom socialvården

Blanketten är avsedd för användning av enheten för serviceboende inom socialvården. Fyll i uppgifterna noggrant och använd en separat blankett för varje enhet.

Privata serviceproducenter kan kontrollera sina uppgifter i Valvira e-tjänst.

Alla fälten ska fyllas i när ett nytt tillstånd ansöks. Om du ansöker om en ändring av tillstånd, fyll endast i fälten som ändringen gäller.

### Standarduppgifter

#### Ansökningstyp

Ett nytt tillstånd *(om det gäller ett nytt tillstånd, gå till punkten tillståndsmyndighet)*

Ändring av tillstånd

Beskriv kort den ändring du anmäler om

\_\_\_\_\_  
Slutdatum för begränsat läkemedelsförråd *(om det gäller om upphörande av verksamhet)*

\_\_\_\_\_  
Diarienummer för ett tidigare registrerat ärende gällande läkemedelsförråd

#### Tillståndsmyndighet

Ett tillståndsärende om läkemedelsförråd för en privat tjänsteproducent handläggs av regionförvaltningsverket eller Valvira. Verksamhetsområdet kan kontrolleras i regionförvaltningsverkets [kommunförteckning](#).

- för serviceproducenter som fungerar inom ett enda regionförvaltningsverks område är tillståndsmyndigheten regionförvaltningsverket och
- för serviceproducenter som har verksamhet inom två eller flera regionförvaltningsverks områden är tillståndsmyndigheten Valvira.

Välj tillståndsmyndigheten

- Åland
- Regionförvaltningsverket i Södra Finland
- Regionförvaltningsverket i Östra Finland
- Regionförvaltningsverket i Lappland
- Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland

- Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland
- Regionförvaltningsverket i Norra Finland
- Valvira

**Uppgifter om serviceproducenten**

FO-nummer \_\_\_\_\_

Serviceproducentens namn \_\_\_\_\_

Serviceproducentens OID-kod \_\_\_\_\_

Ansvarig person för serviceproducent \_\_\_\_\_

E-postadress för den ansvariga personen hos serviceproducenten  
\_\_\_\_\_**Uppgifterna om verksamhetsenheten**

Verksamhetsenhetens namn \_\_\_\_\_

Verksamhetsenhetens OID-kod \_\_\_\_\_

Telefonnummer för verksamhetsenheten \_\_\_\_\_

E-postadress för verksamhetsenheten \_\_\_\_\_

Besöksadress för verksamhetsenheten \_\_\_\_\_

Verksamhetsenhetens postnummer och -ort \_\_\_\_\_

**Ansvarig person för verksamhetsenheten**

Efternamn \_\_\_\_\_

Förnamn \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

**Läkaren som ansvarar för hälsovården vid verksamhetsenheten (om en sådan läkare finns)**

Efternamn \_\_\_\_\_

Förnamn \_\_\_\_\_

Registreringsnummer \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_



**Läkaren som ansvarar för planen för läkemedelsbehandling vid verksamhetsenheten**

Efternamn \_\_\_\_\_

Förnamn \_\_\_\_\_

Registreringsnummer \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Erfarenhet

---

---

---

Arbetsuppgifter i läkemedelsbehandling för kunderna

---

---

---

**Personen som ansvarar för läkemedelsförrådet**

Efternamn \_\_\_\_\_

Förnamn \_\_\_\_\_

Registreringsnummer \_\_\_\_\_

E-post (*meddelanden om läkemedelsförrådet sänds till denna e-postadress*)

---

Erfarenhet

---

---

---

Arbetsuppgifter i läkemedelsbehandling för kunderna

---

---

---

**Verksamhet**

Beskrivning om social- och hälsovårdstjänster som erbjuds

---

---

---

Beskrivning om målgruppen för servicen samt om service- och läkemedelsbehov för boenden

---

---

---

Beskrivning om lokaler för och utrustning av läkemedelsförrådet

---

---

---

**Personal i årsverken**

Legitimerad yrkesperson inom hälso- och sjukvården (*sjuuskötare, hälsovårdare, barnmorska*)

	(Årsverken)
Totalt	_____
varav utförs läkemedelsbehandling av	_____
varav berättigade att på basis av ett gällande läkemedelrecept att påbörja läkemedelsbehandling	_____

Grundexamen inom social- och hälsovårdsbranschen (*närvårdare*)

Totalt	_____
varav utförs läkemedelsbehandling av varav berättigade att på basis av en läkarkonsultation och medföljande läkemedelrecept att påbörja läkemedelsbehandling	_____

Legitimerad yrkesutbildad person inom socialvården (*socialarbetare, socionom, geronom, rehabiliteringsledare*)

Totalt	_____
varav utförs läkemedelsbehandling av varav berättigade att på basis av en läkarkonsultation och medföljande läkemedelrecept att påbörja läkemedelsbehandling	_____

Vid verksamhetsenheten får läkemedel från läkemedelsförrådet ges till kunden endast av en legitimerad yrkesutbildad person eller en yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården eller socialvården, som har behövlig utbildning och säkerställd kompetens inom läkemedelsbehandling. Dessutom ska sådan personal vara på plats i tillräcklig utsträckning under alla tider på dygnet. Ja  Nej

Verksamhetsenheten ska se till att klienterna har möjlighet att under alla tider på dygnet få tillgång till läkartjänster på ett sätt som motsvarar deras vårdbehov. Ja  Nej

**Bilagor**

planen för läkemedelsbehandling

Underskrift

Underskrift \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Ort och datum \_\_\_\_\_

### Skicka blanketten

Om du skickar anmälan med e-post, rekommenderar vi att använda regionförvaltningsverkets skyddade e-postförbindelse. Använd skyddad e-postförbindelse åtminstone då du skickar material som innehåller sekretessbelagd eller annan känslig information. Skyddad e-post: [turvaviest@avi.fi](mailto:turvaviest@avi.fi)

### Kontaktinformation för regionförvaltningsverken

[Regionförvaltningsverkens kontaktinformation](https://avi.fi/sv/kontaktuppgifter) (<https://avi.fi/sv/kontaktuppgifter>)