

## En ny anmälan eller en anmälan om ändring för ett begränsat läkemedelsförråd för en offentlig 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.

Serviceproducenternas uppgifter kan vid behov sökas i SOTE-organisationsregistret.

Alla fälten ska fyllas i när en ny anmälan görs. Om du gör en anmälan om ändring, fyll endast fälten som ändringen gäller.

### Standarduppgifter

#### Anmälningens typ

- En ny anmälan (om det gäller en ny anmälan, gå till punkten verksamhetsområde)
- En anmälan om ändring

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

#### Verksamhetsområde

Ett tillståndsärende om läkemedelsförråd för en offentlig aktör handläggs av regionförvaltningsverket. Verksamhetsområdet kan kontrolleras i regionförvaltningsverkets [kommunförteckning](#).

Välj verksamhetsområdet

- 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

### Uppgifter om serviceproducenten

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

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

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

Postadress för serviceproducent \_\_\_\_\_

Serviceproducentens postnummer och -ort \_\_\_\_\_

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

Kundantal \_\_\_\_\_

Planerat datum för driftstart \_\_\_\_\_

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 (sjukskötare, hälsovårdare, barnmorska)*

Totalt

(Årsverken)

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

\_\_\_\_\_

Infylls av myndigheten:

Ankommit \_\_\_\_\_

Diarienummer \_\_\_\_\_

varav utförs läkemedelsbehandling av \_\_\_\_\_  
varav berättigade att på basis av en läkarkonsultation \_\_\_\_\_  
och medföljande läkemedelrecept \_\_\_\_\_  
att påbörja läkemedelsbehandling \_\_\_\_\_

Annan personal \_\_\_\_\_

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

Underskriften ska vara officiell.

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>)