**Ansökan om certifiering tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn sökande:Klicka här för att ange text. | RSID eller personnummer:Klicka här för att ange text. |

**Formell kompetens**

|  |
| --- |
| **Specialistexamen** (årtal samt examen)Klicka här för att ange text. |
| **Genomgångna utbildningar inom området läkemedel och äldre** (vilka och årtal)Klicka här för att ange text. |

**Reell kompetens**

|  |
| --- |
| **Arbetslivserfarenhet avseende läkemedelsbehandling av** **äldre** (Erfarenhet av exempelvis hemsjukvård, särskilt boende, geriatriska patienter på sjukhus)Klicka här för att ange text. |
| **Övrig erfarenhet kring äldres läkemedelsbehandling, läkemedelsgenomgångar**(Omfattning av genomförda läkemedelsgenomgångar, Typ (basala/tvärprofessionella), Tillsammans med vem/vilka kliniska farmaceuter (namn))Klicka här för att ange text. |

**Varför vill du arbeta med detta?**

|  |
| --- |
| Klicka här för att ange text. |

Datum och ort:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift sökande Underskrift verksamhetsansvarig

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel, namnförtydligande sökande Titel, namnförtydligande verksamhetsansvarig

Ansökan skickas in av verksamhetsansvarig till lakemedelsradet@skane.se. Märk mailet med ”Certifiering läkemedelsgenomgång”. Säkerställ att alla fält är ifyllda i enlighet med specificerade exempel. Ofullständiga ansökningar kommer inte att behandlas.