



# Ansökan tilläggsuppdrag Klimakterierådgivning

Reviderat: 2026-01-30

Diarienummer:

Blanketten ska vara datorifylld med handskriven signatur.

Har du frågor kontakta Vårdgivarsservice på telefonnummer 040-623 90 00 eller via formulär på <https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivarsservice/>.

## Allmän information

Namn på sökande Barnmorskemottagning:

Avtalspart eller enhetsbeteckning (ex. XXXX):

Namn på verksamhetschef:

E-postadress till verksamhetschef:

RS-id:

Planerat startdatum:

## Krav för godkännande

### Bemanning

Legitimerad barnmorska:

Personnummer:

E-postadress till barnmorska:

RS-id:

Specialist i gynekologi och/eller allmän medicin:

Personnummer:

E-postadress till specialist:

RS-id:

Ska bifogas

- Kursintyg avseende utbildning med inriktning mot klimakteriet, 7,5 poäng

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 60 dagar före beräknat startdatum. Avtalet börjar alltid gälla första vardagen i en kalendermånad efter komplett och av Uppdragsgivaren godkänd ansökan.

**Skickas till:** Region Skåne, 291 89 Kristianstad.

Underskrift verksamhetschef eller förvaltningschef (egen regi)

---

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

---

Godkänt startdatum:

Underskrift Region Skåne

---

Datum

Underskrift

Namnförtydligande