



Ansökan om partiellt listningstak

Reviderat: 2025-12-15

Diarienummer:

Blanketten ska vara datorifylld med handskriven signatur. Ansökan avser uppdrag enligt gällande Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsovalen Skåne, se avsnitt 13.4 Partiellt listningstak under en begränsad period.

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

Uppgifter om sökande

Namn på sökande vårdcentral:

Avtalspart eller enhetsbeteckning i PASiS:

Organisationsnummer:

Adress:

Postnummer och ort:

Namn på verksamhetschef:

Telefonnummer till verksamhetschef:

E-postadress till verksamhetschef:

Önskat startdatum

Startdatum från och med (åååå-mm-dd):

Obligatoriska dokument för ansökan

Bifoga dokument med beskrivning där det framgår:

1. Er situation och skäl för ansökan om partiellt listningstak
2. Hur situationen påverkar patientsäkerheten eller arbetsmiljön
3. Hur länge det partiella listningstaket behöver pågå
4. En handlingsplan för hur situationen ska lösas på kort och lång sikt

5. Om det finns det andra vårdcentraler i närområdet som kan omhänderta invånarnas önskemål om listning under tiden ni har partiellt listningstak
6. Beslut om partiellt listningstak från Primärvården (gäller för vårdcentral inom egen regi).

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 90 dagar före beräknat startdatum. Beslut fattas av Primärvårdsnämnden. Ansökan börjar alltid gälla första (1) 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