

Ansökan om tilläggsuppdrag Äldremottagning



Sökande vårdcentral
Verksamhetschef
E-postadress
Planerat datum för start av mottagning

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

Namngiven specialistläkare	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Namngiven sjuksköterska	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Sjuksköterskans fortbildning inom området	<input type="checkbox"/> DSK År	<input type="checkbox"/> 60 hp äldreområdet <input type="checkbox"/> År

Underskrift verksamhetschef

Verifikationsbesök datum
Godkänt datum för start av mottagning

För uppdragsgivaren: _____

Ska bifogas: Kopia på annons och brevet till de äldre.

Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad

Kort beskrivning av Äldremottagning,

Beskriv enhetens mål med äldremottagning utifrån de behov ni uppmärksammat hos vårdcentralens äldre och hur ni planerar för att uppnå mål och kvalitetskrav.

Telefon utan knappval är ett krav. Ange planerade telefontider för denna telefon	
Telefonnr	Telefontider

Arbetsätt – SIP

Arbetsätt – demensutredning - demensuppföljning

Arbetsätt – Läkemedelsgenomgång

Arbetsätt – olämpliga läkemedel för äldre

Arbetsätt – Hembesök

Arbetsätt – Hälsoinriktade och förebyggande insatser (exempel på områden, undernäring, fallrisk, trycksador, munhälsa, risk – missbruk, psykisk ohälsa)