

# Ansökan om tilläggsupdrag 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

### 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 (minst 10 timmar)	
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, tryckskador, munhälsa, risk – missbruk, psykisk ohälsa)

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Underskrift verksamhetschef

\_\_\_\_\_

Namnförtydligande verksamhetschef

Skickas till: **Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad**

\_\_\_\_\_

Verifikationsbesök datum

Godkänd att starta datum

Underskrift uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_