

Ansökan om tilläggsuppdrag Äldremottagning



<u>Namn på sökande vårdcentral</u>		<u>Avtalspart eller enhetsbeteckning</u>	
<u>Namn på verksamhetschef</u>	<u>E-postadress till verksamhetschef</u>	<u>RS-id</u>	
<u>Planerat startdatum</u>			

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

<u>Namngiven specialistläkare</u>	<u>E-postadress</u>	<u>Personnummer</u>
<u>Namngiven sjuksköterska</u>	<u>E-postadress</u>	<u>Personnummer</u>
<u>Sjuksköterskans fortbildning inom området</u>		
<input type="checkbox"/> Distriktsköterska År	<input type="checkbox"/> 60 hp äldreområdet	År

Kort beskrivning av Äldremottagning

<u>Beskriv enhetens mål med äldremottagning utifrån de behov ni uppmärksammat hos vårdcentralens äldre och hur ni planerar för att uppnå mål och kvalitetskrav.</u>	
<u>Telefon utan knappval är ett krav. Ange planerade telefontider för denna telefon (minst 10 timmar)</u>	
<u>Telefonnummer</u>	<u>Telefontider</u>
<u>Arbetsätt - SIP</u>	

Arbetsätt – demensutredning – demensuppföljning

Arbetsätt – olämpliga läkemedel för äldre

Arbetsätt – Hembesök

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

Datum

Underskrift verksamhetschef

Namnförtydligande verksamhetschef

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis.

Verifikationsbesök datum

Godkänt startdatum

Datum

Underskrift uppdragsgivare

Namnförtydligande uppdragsgivaren

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

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