

Ansökan om Mottagning för vuxna med varaktig funktionsnedsättning



<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 specialist i allmänmedicin</u>
<u>Namngiven sjuksköterska</u>
<u>Namngiven arbetsterapeut och/eller fysioterapeut</u>
<u>Namngiven dietist</u>
<u>Namngiven psykolog och/eller kurator</u>

Datum

Underskrift verksamhetschef

Namnförtydligande verksamhetschef

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis.

<u>Verifikationsbesök datum</u>	<u>Godkänt startdatum</u>
---------------------------------	---------------------------

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**