

Ansökan Hjärtsviktsmottagning

Kompletta hjärtsviktsmottagning

Semikompletta hjärtsviktsmottagning

Sökande vårdcentral
Verksamhetschef
Planerat datum för start av mottagning

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

Namngiven specialist i allmän medicin	Personnummer	
Namngiven sjuksköterska	Personnummer	
Namngiven kardiolog	Personnummer	Vårdgivarsignatur i PASIS

Kompetens

Sjuksköterskans fortbildning

Ansluten till Rikssvikt

Utrustning på semikompletta hjärtsviktsmottagning, skicka med avtal för underleverantör eller intern relation som anger på vilken adress och av vem EKO kommer att utföras

Utrustning på komplett hjärtsviktsmottagning fyll i nedan

Ultraljudsapparat	
Uppkoppling mot Xcelera	
Adress	
Ort	Datum

Underskrift verksamhetschef

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

För uppdragsgivaren: _____

Ska bifogas: Avtal med kardiolog, Sjuksköterskas fortbildning, examensbevis

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