

Ansökan om Hospitering

Blanketten ska fyllas i digitalt, inte handskrivet. Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX.

Ansökan enligt gällande Förfrågningsunderlag och Avtal för Barnmorskemottagning i Region Skåne.



Uppgifter om Barnmorskemottagning (BMM):

| | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| Ange huvudenhetens fullständiga namn | Avtalspart eller enhetsbeteckning i PASIS | Organisationsnummer (tio siffror) |
| Adress | Postnummer | Ort |
| För- och efternamn på verksamhetschef | Telefonnummer till verksamhetschef | E-postadress till verksamhetschef |

Uppgifter om barnmorskan som har hospiterat:

| | |
|---|---------------------|
| För- och efternamn på barnmorska | RS-id på barnmorska |
| Datum då barnmorskan påbörjade anställning på sökande BMM | |

Uppgifter om hospitering:

| |
|--|
| Ange förlossningsklinik som hospitering har skett på |
| Datum för hospitering |

| | | |
|-------|---|---|
| Datum | Underskrift verksamhetschef | Namnförtydligande verksamhetschef |
| Datum | Underskrift verksamhetschef förlossningsklinik | Namnförtydligande verksamhetschef förlossningsklinik |

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda efter att fem dagars hospitering har genomförts.

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

Fylls i av uppdragsgivaren.

| |
|---|
| Godkänt belopp som ska betalas ut till BMM: |
|---|

| | | |
|-------|----------------------------|----------------------------------|
| Datum | Underskrift uppdragsgivare | Namnförtydligande uppdragsgivare |
|-------|----------------------------|----------------------------------|