

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>Beskriv enhetens arbetssätt med SIP</u>	

Beskriv enhetens arbetssätt med demensutredning och demensuppföljning

Beskriv enhetens arbetssätt med olämpliga läkemedel för äldre

Beskriv enhetens arbetssätt med hembesök

Beskriv enhetens arbetssätt med Hälsoinriktade och förebyggande insatser (exempel på områden, undernäring, fallrisk, tryckskador, munhälsa, risk – missbruk, psykisk ohälsa, ofrivillig ensamhet)

Datum

Underskrift verksamhetschef eller
förvaltningschef

Namnförtydligande verksamhetschef eller
förvaltningschef

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis för läkare och sjuksköterska.

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**

Verifikationsbesök datum

Godkänt startdatum

Datum

Underskrift uppdragsgivare

Namnförtydligande uppdragsgivaren