

### Anmälan avser

Nytablering av verksamhet	Fr.o.m.
Förändring av tidigare lämnade uppgifter	Fr.o.m.
Nedläggning av verksamhet	Fr.o.m.

### Vårdgivare

Vårdgivarens namn	
Organisationsnummer	
Gatu- eller boxadress	
Postnummer	Ort
Webbadress	
E-postadress	Telefonnummer

### Uppgifter om verksamhetschef eller motsvarande

Namn	
Gatu- eller boxadress	
Postnummer	Ort
E-postadress	Telefonnummer

Fortsätt på sidan 2.

### Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5 § PSL (lex Maria)

Namn
------

### Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 7 § PSL (anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal)

Namn
------

### Patientförsäkring

Finns patientförsäkring?
Ja      uppgift om den patientförsäkring som tecknats
Nej

### Anlitande av verksamhet som avses i 7 kap. 2 § PSL

Ange vilka verksamheter enligt 7 kap. 2 § PSL som anlitas eller ska anlitas (verksamheter som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning).

Namn på anlitad verksamhet	Organisationsnummer
1.	
2.	
3.	
4.	

## Verksamhetsställe 1

Namn på verksamhetsstället		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
<p>Beskriv verksamhetsställets inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats (<a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a>). Flera koder får anges.</p>			
<p>Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys, eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL)</p> <p>Ja      Nej</p>			
<p>Erbjuder digitala vårdkontakter</p> <p>Ja      webbadress</p> <p>Nej</p>			
<p>Har platser för sluten vård</p> <p>Ja      Nej</p>			
<p>Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare</p> <p>Ja      namn på tidigare vårdgivare</p> <p>Nej</p>			

Fortsätt på sidan 4.

## Verksamhetsställe 2

Namn på verksamhetsstället		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
Beskriv verksamhetsställets inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats ( <a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a> ). Flera koder får anges.			
Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys, eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL)			
Ja		Nej	
Erbjuder digitala vårdkontakter			
Ja		webbadress	
Nej			
Har platser för sluten vård			
Ja		Nej	
Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare			
Ja		namn på tidigare vårdgivare	
Nej			

Fortsätt på sidan 5.

### Verksamhetsställe 3

Namn på verksamhetsstället		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
<p>Beskriv verksamhetsställets inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats (<a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a>). Flera koder får anges.</p>			
<p>Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys, eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL)</p> <p>Ja      Nej</p>			
<p>Erbjuder digitala vårdkontakter</p> <p>Ja      webbadress</p> <p>Nej</p>			
<p>Har platser för sluten vård</p> <p>Ja      Nej</p>			
<p>Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare</p> <p>Ja      namn på tidigare vårdgivare</p> <p>Nej</p>			

Fortsätt på sidan 6.

## Uppgiftslämnare

Datum	Namn	
E-postadress		Telefonnummer
Uppgift om hur den som lämnar anmälan är behörig att representera vårdgivaren		

**Anmälan ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg.**

Adressuppgifter finns på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats, [www.ivo.se](http://www.ivo.se).