

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 (www.ivo.se). 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 (www.ivo.se). 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 (www.ivo.se). 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.