

Ansökan om arbetsplatskod

Gemensam överenskommelse mellan Region Dalarna och förskrivare av läkemedel för utdelande av arbetsplatskod

Förskrivaren förbinder sig att:

- Följa de lagar och förordningar som gäller för journalhantering och läkemedelsförskrivning.
- Förskrivaren är skyldig att följa upp ordinerad behandling och om verksamheten är av mer yrkesmässig karaktär, överlämna statistik till regionen vid förfrågan.
- Förskrivaren förbinder sig att ta del av regionens information rörande förskrivningsregler och rekommendationer om läkemedel samt följa dessa så långt som möjligt (<https://www.regiondalarna.se/plus/vard/lakemedel/lakemedelsbehandling-och-rekommendationer/>)
- Arbetsplatsen skall vara utformad så att journaler och receptblanketter kan förvaras på ett betryggande sätt.

Övrigt

- För att läkemedelsförmån ska utgå krävs arbetsplatskod på alla typer av recept.
- Förskrivaren har yrkesmässig verksamhet belägen inom länet eller är pensionerad förskrivare alternativt fritidspraktiker utan fysisk arbetsplats men är folkbokförd inom länet.
- Om arbetsplatsen ändras eller upphör är arbetsplatskoden ogiltig. För ny arbetsplats måste ansökan om ny kod ske. Förskrivaren är skyldig att meddela regionen om arbetsplatsen ändras eller upphör.
- Om regionen väljer att inte utfärda arbetsplatskod kan förskrivaren ansöka om prövning hos Socialstyrelsen.

ANSÖKAN OM ARBETSPLATSKOD

	Förskrivarkategori:		Ägare:
	Läkare		Region
	Sjuksköterska		Kommun
	Barnmorska		Privat med avtal
	Tandläkare		Privat utan avtal
	Tandhygienist		Företagshälsovård privat
	Annan (ange)		Pensionär
			Fritidsförskrivare

Specialitet:	
---------------------	--

Namn (medicinskt ansvarig person):		Personnummer:	Legitimationsår:
Verksamhetens namn		Organisationsnummer:	
Verksamhetens huvudsakliga inriktning:			
Folkbokföringsadress/mottagningsadress:		Postnummer:	Postadress:
Telefonnummer:	Mobilnummer:		E-post:

Genom undertecknandet av denna ansökan intygas att de lämnade uppgifterna ovan är korrekta och att du/ni godkänner ovan angivna villkor.

Datum:	Namnunderskrift:	Namnförtydligande:
--------	------------------	--------------------

Blanketten skickas till:

Region Dalarna
Läkemedelsavd. Hus 17, plan 1
791 82 FALUN

Vid frågor, kontakta: Peter Olofsson, controller. Mobil 073-0228776, e-post peter.olofsson@ltdalarna.se

Beslut: (Fylls i av Region Dalarna)

Tilldelad arbetsplatskod:	Datum:	Handläggare:
---------------------------	--------	--------------

Kontroll av godkänd legitimation sker mot HoSp (socialstyrelsens register över registrerad hälso- och sjukvårdspersonal). Beslut om tilldelad arbetsplatskod meddelas via e-post. Om e-postadress saknas skickas brev till folkbokföringsadressen. Om regionen väljer att inte tilldela arbetsplatskod kan förskrivaren ansöka om prövning hos Socialstyrelsen.