

ANSÖKAN OM VIKARIAT

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Kryssrutorna kan markeras med hjälp av mellanslagstangenten eller musen.



AVTALSPART/VIKARIATSGIVARE		
Ansökan avser:		
<input type="checkbox"/> Verksamhet enligt LOL, specialitet:		<input type="checkbox"/> Verksamhet enligt LOF
Vikariatgivarens namn (Efternamn, Tilltalsnamn)		Personnr (ååmmdd-xxxx)
Epost till vikariatgivare (Obligatorisk)	Mottagningens namn	
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
Jag är förhindrad att bedriva verksamheten på grund av (handling som styrker frånvaron ska bifogas):		
<input type="checkbox"/> Föräldraledighet, barnets personnr: <input type="checkbox"/> Förestående pensionering		
<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Forskning <input type="checkbox"/> Sjukledighet <input type="checkbox"/> Annat:		
Fr o m	T o m	Vikariatet avser <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid: _____ %
Härmed intygas att jag av ovan avgivet skäl inte kommer att vara verksam enligt lag om läkarvårdsersättning/ersättning för fysioterapi i ovanstående omfattning. Jag är medveten om att begränsningsreglerna om ersättningstak gäller för vikariatgivarens och anlitade vikariers sammanlagda verksamhet.		
.....		
Datum	Etableringsinnehavarens/Vikariatgivarens namnteckning	

VIKARIATSTAGARE		
Vikariatstagarens namn (Efternamn, Tilltalsnamn)		Personnr (ååmmdd-xxxx)
E-post till vikariatstagaren (Obligatorisk)		
Utdelningsadress (hemadress)	Postnummer	Postadress
Vikarierar även för:	Anställning inom offentlig vård <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (ansökan om tjänstledighet utan lön bifogas)	
Bilagor <input type="checkbox"/> Legitimation (endast vid första ansökan) <input type="checkbox"/> Specialistkompetensbevis (endast vid första ansökan) <input type="checkbox"/> Tjänstledighetsbevis		
Härmed intygas att jag kommer att vara verksam i mottagningen endast under den tid vikariatgivaren är förhindrad att arbeta i mottagningen samt att jag åtar mig att följa bestämmelserna i lagen om läkarvårdsersättning/ersättning för fysioterapi samt regionens riktlinjer och anvisningar. Jag är medveten om att begränsningsreglerna om ersättningstak gäller för vikariatgivarens och anlitade vikariers sammanlagda verksamhet.		
.....		
Datum	Vikariatstagarens namnteckning	

U^* } Dalarnas A^•| c

<input type="checkbox"/> GODKÄNNS (giltiga skäl anses ha anförts för tillfälligt vikariat)	<input type="checkbox"/> AVSLÅS (giltiga skäl anses INTE ha anförts för tillfälligt vikariat)	Fr o m	T o m	Procent %
Motivering				
Datum	Underskrift			
Justering (motivering)				
Datum (justering)	Underskrift (justering)			

ANSÖKAN OM VIKARIAT

Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), 10 §

Om en läkare på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan läkare som har samma specialitet eller en annan specialitet inom samma grupp av specialiteter vikariera under frånvaron.

Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF), 10 §

Om en fysioterapeut på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan legitimerad fysioterapeut vikariera under frånvaron.

Observera att nedan punktlista gäller både LOL och LOF

- Vikariatgivaren ska uppfylla bestämmelserna i respektive lag inklusive kravet om heltidsverksamhet, se 8 §.
- Vikariat beviljas inte retroaktivt förutom vid akut sjukdom.
- Vikariat beviljas som längst för ett år i taget.
- Endast anmälningar i original och på korrekt anmälningsblankett behandlas.
- Ersättning betalas ut till vikariatsgivaren d v s den som har rätt till verksamhet enligt LOL eller LOF.
- Vikariattagaren ska ta emot vikariatgivarens patienter på dennes mottagning.
- Den som tar in en ny vikarie skall tillse att denne lämnar in legitimation och eventuell specialistkompetens.
- Om vikariattagaren är anställd inom någon regions hälso- och sjukvård eller i juridisk person som regionen har ett rättsligt bestämmande inflytande i, ska intyg om tjänstledighet utan lön under vikariatiden bifogas.
- Vikarie för **semester** beviljas för maximalt 30 dagar per kalenderår. Semester kan endast tas ut i heldagar och inte i procent.
- Vikariat med anledning av **förestående ålderspensionering** accepteras i en sammanhängande period om högst två år före pensioneringen och för ett år i taget. Avbryter vårdgivaren vikariatet anses denna möjlighet vara förverkad och nytt vikariat av samma skäl kommer inte att medges. Ålderspensionen i Sverige är för närvarande 62 år.
- Arbetsoförmåga på grund av **sjukdom** måste styrkas med läkarintyg där grad av arbetsförmåga/nedsättning framgår. För att minimera risken för jäv kommer sjukintyg från läkare verksam vid samma mottagning/enhet som vårdgivaren inte att accepteras. Även intyg från läkare som har en annan relation till vårdgivaren där det är risk för jäv kan bedömas som möjligt accepteras inte. Vid bedömningen av vad som anses vara jäv hämtas vägledning från Förvaltningslagen (1986:223) § 11 och 12. Vid bedömning av rätten till vikarie på grund av sjukdom tar förvaltningen hänsyn till vårdgivarens möjlighet att återgå till arbetet. Vikariat på grund av hel (100 %) sjukersättning som ej är tidsbegränsad accepteras inte.
- Vikariat med anledning av **forskning** eller **vidareutbildning** ska styrkas genom antagningsbesked/dokument som visar att forskningsuppdraget eller vidareutbildningen är inom sökandes yrkesområde. Dokument som styrker att utbildningen genomförts skall lämnas efter avslutat uppdrag eller avslutad utbildning.
- Enligt **Föräldraledighetslagen** beviljas vikarie till 100% till dess att barnet är 18 månader och till 25% till dess att barnet fyllt 8 år.
- Vikariat med anledning av **politiskt eller fackligt** uppdrag skall styrkas med intyg.

Komplett anmälan (inklusive handlingar som styrker frånvaron) skall vara Region Dalarna, Vårdval Primärvård, tillhanda senast en (1) månad innan vikariatet skall börja gälla. Skicka in kopia på vikariatstagarens legitimation samt en förteckning över specialistkompetens. I samband med akut sjukdom får anmälan lämnas i efterhand, dock **snarast** efter vikariatstarten.

Region Dalarna
Vårdval Primärvård
Box 712
791 29 FALUN

Du kan även maila ifylld blankett till: vardval.primarvard@regiondalarna.se

Observera: Ofullständigt ifylld anmälan utan efterfrågade intyg och handlingar kommer att återsändas till vikariatgivaren för komplettering. Ofullständigt ifylld anmälan eller för sent inkommen anmälan, kan innebära att utbetalning av ersättning för utförd vård uteblir eller försenas.