

ANSÖKAN OM DISPENS FÖR SÄNKT KRAV PÅ LÄKARTILLGÅNG VID MINDRE ÄN 2000 LISTADE PÅ VÅRDENHETEN

Vårdgivaren ansvarar för vårdenhetens listade patienter, dygnet runt alla veckans dagar. Vårdenheten ska vara tillgänglig för tidbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov samt kunna ta emot akuta besök och bedriva planerad verksamhet utifrån vårdåtagandet. *"Den övervägande andelen av tjänstgörande läkare, exklusive utbildningsläkare, ska vara specialister i allmänmedicin med reell kompetens och dokumenterad erfarenhet av hela det uppdrag som ingår i tjänsten. Läkare med annan specialistkompetens kan ingå som kompetens på vårdenhet i hälsovalsmodellen. Ansökan om dispens på krav av tillgång till läkare kan lämnas om vårdenheten har färre än 2 000 listade, under förutsättning att överenskommelse finns tecknat med en närliggande vårdenhet"* för att säkerställa att läkarkompetens finns att tillgå.

Vårdenhetens namn:	
D-nr:	
Verksamhetschef:	
Postadress:	
Postnummer och ort:	
Telefonnummer:	
E-postadress:	
Ange vilken närliggande vårdenhet/er som överenskommelse tecknats med: (bifoga kopia)	
Antal listade: Inkl listade utomlänare.	
Planerade tider för befintlig läkarbemanning:	
Beskriv hur vården bedrivs när vårdenheten saknar egen läkarbemanning:	
Övrig bemanning:	

UNDERSKRIFT

Härmed intygas att lämnade uppgifter i denna dispensansökan är sanningsenliga vi har tagit del av och accepterat villkoren i förfrågningsunderlaget Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och förbinder oss att arbeta i enlighet med dess förutsättningar och villkor.

Vi godkänner att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Ansökan kommer att diarieföras och blir därmed offentligt. Så behandlar vi dina personuppgifter inom Region Jämtland Härjedalen.

Ort och datum:	
Underskrift: (av behörig företrädare för leverantören)	
Namnförtydligande:	

Vid frågor skicka e-post till: halsoval@regionjh.se

Ansökan skickas till:
Region Jämtland Härjedalen
Hälsovalskansliet, "Ansökan dispens på sänkt läkartillgång"
Hus 3, plan 3
831 83 ÖSTERSUND

Godkänd från datum
Underskrift uppdragsgivaren
Namnförtydligande uppdragsgivaren