



hälso
val Blekinge

Ansökningsformulär

Godkännande av vårdenhet inom Hälsoval
Blekinge

Sökande inom landstinget



LANDSTINGET BLEKINGE

1 Uppgifter om sökande

Namn på sökande/företag:.....

Postadress:.....

Postnummer och ort:.....

Telefon:.....

Telefax:.....

E-postadress:.....

Webbadress:.....

Kontaktperson (i första hand) hos sökande:.....

Telefon (direkt, kontaktperson):.....

E-postadress (direkt, kontaktperson):.....

Kontaktperson (i andra hand) hos sökande:.....

Telefon (direkt, kontaktperson):.....

E-postadress (direkt, kontaktperson):.....

2 Vårdenhet som ansökan avser

Namn på vårdenheten:.....

Kommun:.....

Adress:.....

Datum för planerad verksamhetsstart:.....

Om lokal saknas, ange i vilken ort eller stadsdel, som vårdenheten avses lokaliseras:

.....



3 Verksamhet

Sökande skall göra troligt att man kan uppfylla förutsättningarna i ”Uppdragsbeskrivning och regelbok för godkännande” och leva upp till avtalet. Sökande skall därför skriftligen till denna ansökan om godkännande bifoga en beskrivning om hur verksamheten skall bedrivas från start och längre fram (verksamhetsidé och inriktning) samt ange ungefärlig planerad volym för verksamheten. Beskrivningen av verksamheten skall omfatta en kortfattad beskrivning inom nedanstående områden (redovisas i bilaga till ansökan).

1. Hälsöfrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser.
2. Medicinskt åtagande
3. Sjukskrivning
4. Jour
5. Läkarinsatser i det egna boendet
6. Läkarinsatser vid korttidsvård
7. Läkarmedverkan vid särskilda boenden
8. Smittskydd och insatser vid influensapandemi
9. Barnhälsovård
10. Psykosociala insatser
11. Rehabiliteringsinsatser
12. Åtagande vid stor olycka, allvarlig händelse och katastrof
13. Verksamhetsförlagd utbildning
14. Forskning och utveckling

Beskrivningen skall även innehålla uppgift om vilken tillgänglighet och kompetens verksamheten kommer att erbjuda de medborgare som valt vårdenheten. Sökande skall också redovisa vilka uppdrag vårdgivaren kommer erbjuda i egen regi samt vilka uppdrag sökande kommer ta in en underleverantör för att genomföra.

Kommer sökande att även bedriva annan verksamhet utanför Hälsovalet skall sökande beskriva hur de olika verksamheterna skall hållas åtskilda för varandra, så att ingen tveksamhet råder hos medborgarna vad som ingår i Hälsovalet och vad som ligger utanför.

4 Vårdöverenskommelse

- Den sökande är medveten om att innan verksamheten kan påbörjas måste sökande, efter att vårdenheten blivit godkänd, även ha ingått en vårdöverenskommelse med landstinget om att ingå i Hälsoval Blekinge.

5 Kännedom om återkallande av godkännande

- Den sökande är medveten om att Landstinget Blekinge kan återkalla godkännandet för vårdenheten om vårdgivaren inte uppfyller villkoren för att bedriva vårdenheten. Landstinget Blekinge har även rätt att återkalla godkännandet om vårdöverenskommelsen för den aktuella vårdenheten sagts upp.
- Den sökande är medveten om att efter att Landstinget Blekinge godkänt vårdenheten har den sökande sex månader på sig att teckna en vårdöverenskommelse. I det fall att ingen vårdöverenskommelse ingås inom sex månader äger Landstinget Blekinge rätt att återkalla godkännandet.



6 Underskrift

Sökande, genom behörig undertecknare, har tagit del av och accepterat villkoren i aktuella dokument däribland ”Uppdragsbeskrivning och regelbok för godkännande” och intygar härmed detta samt att lämnade uppgifter i denna ansökan inklusive bilagor är riktiga.

Datum:.....

Underskrift:.....

Namnförtydligande:.....

Ansökan skickas eller lämnas in till Landstinget Blekinge
Wämö Center
371 81 KARLSKRONA

Märk kuvertet med Ansökan Hälsoval Blekinge och diarienummer 2009/0369. Kopia på den kompletta ansökan med bilagor skall även bifogas på USB-minne eller CD-skiva.