

Ett nytt tillstånd eller en ändring av tillstånd för ett begränsat läkemedelsförråd för en privat enhet för serviceboende inom socialvården

Blanketten är avsedd för användning av enheten för serviceboende inom socialvården. Fyll i uppgifterna noggrant och använd en separat blankett för varje enhet.

Privata serviceproducenter kan kontrollera sina uppgifter i Valviras e-tjänst.

Alla fälten ska fyllas i när ett nytt tillstånd ansöks. Om du ansöker om en ändring av tillstånd, fyll endast i fälten som ändringen gäller.

Standarduppgifter

Ansökningstyp

Ett nytt tillstånd *(om det gäller ett nytt tillstånd, gå till punkten tillståndsmyndighet)*

Ändring av tillstånd

Beskriv kort den ändring du anmäler om

Slutdatum för begränsat läkemedelsförråd *(om det gäller om upphörande av verksamhet)*

Diarienummer för ett tidigare registrerat ärende gällande läkemedelsförråd

Uppgifter om serviceproducenten

FO-nummer _____

Serviceproducentens namn _____

Serviceproducentens OID-kod _____

Postadress för serviceproducent _____

Serviceproducentens postnummer och -ort _____

Ansvarig person för serviceproducent _____

E-postadress för den ansvariga personen hos serviceproducenten
_____**Uppgifterna om verksamhetsenheten**

Verksamhetsenhetens namn _____

Verksamhetsenhetens OID-kod _____

Telefonnummer för verksamhetsenheten _____

E-postadress för verksamhetsenheten _____

Besöksadress för verksamhetsenheten _____

Verksamhetsenhetens postnummer och -ort _____

Ansvarig person för verksamhetsenheten

Efternamn _____

Förnamn _____

E-post _____

Läkaren som ansvarar för hälsovården vid verksamhetsenheten (om en sådan läkare finns)

Efternamn _____

Förnamn _____

Registreringsnummer _____

E-post _____

**Läkaren som ansvarar för planen för läkemedelsbehandling vid
verksamhetsenheten**

Efternamn _____

Förnamn _____

Registreringsnummer _____

E-post _____

Erfarenhet

Arbetsuppgifter i läkemedelsbehandling för kunderna

Personen som ansvarar för läkemedelsförrådet

Efternamn _____

Förnamn _____

Registreringsnummer _____

E-post (*meddelanden om läkemedelsförrådet sänds till denna e-postadress*)

Erfarenhet

Arbetsuppgifter i läkemedelsbehandling för kunderna

Verksamhet

Planerat datum för driftstart _____

Beskrivning om social- och hälsovårdstjänster som erbjuds

Beskrivning om målgruppen för servicen samt om service- och läkemedelsbehov för boenden

Beskrivning om lokaler för och utrustning av läkemedelsförrådet

Personal i årsverkenLegitimerad yrkesperson inom hälso- och sjukvården (*sjuuskötare, hälsovårdare, barnmorska*)

	(Årsverken)
Totalt	_____
varav utförs läkemedelsbehandling av	_____
varav berättigade att på basis av	
ett gällande läkemedelrecept	
att påbörja läkemedelsbehandling	_____

Grundexamen inom social- och hälsovårdsbranschen (*närvårdare*)

Totalt	_____
varav utförs läkemedelsbehandling av	_____
varav berättigade att på basis av en läkarkonsultation	
och medföljande läkemedelrecept	
att påbörja läkemedelsbehandling	_____

Legitimerad yrkesutbildad person inom socialvården (*socialarbetare, socionom, geronom, rehabiliteringsledare*)

Totalt	_____
varav utförs läkemedelsbehandling av	_____

varav berättigade att på basis av en läkarkonsultation
och medföljande läkemedelrecept
att påbörja läkemedelsbehandling _____

Vid verksamhetsenheten får läkemedel från läkemedelsförrådet ges till kunden endast av en legitimerad yrkesutbildad person eller en yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården eller socialvården, som har behövlig utbildning och säkerställd kompetens inom läkemedelsbehandling. Dessutom ska sådan personal vara på plats i tillräcklig utsträckning under alla tider på dygnet. Ja ☐ Nej ☐

Verksamhetsenheten ska se till att klienterna har möjlighet att under alla tider på dygnet få tillgång till läkartjänster på ett sätt som motsvarar deras vårdbehov. Ja ☐ Nej ☐

Bilagor

Planen för läkemedelsbehandling

Aktuellt handelsregisterutdrag

Underskrift

Underskriften ska vara officiell. Namn på personer som har namn- eller firmateckningsrätt för organisationer (bolag, andelslag och föreningar) eller stiftelser framgår av ifrågavarande register.

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Ort och datum _____

Skicka blanketten

Blanketten skrivs ut, undertecknas och skickas tillsammans med bilagorna per post till adressen Tillstånds- och tillsynsverket, PB 20, 13035 LVV.

Alternativt kan den ifyllda blanketten med bilagor skickas per e-post som bifogade filer till adressen kirjaamo@lvv.fi. Eftersom vanlig e-post inte rekommenderas för sekretessbelagda uppgifter kan [skyddad e-post](#) användas.