

ANSÖKAN för att förskriva läkemedel

Yrkesrättighet (välja)

☐ sjuksköterska ☐ munhygienist ☐ optiker

Efternamn (samt tidigare) _____

Samtliga förnamn _____

Personbeteckning / födelsedatum _____

☐ Jag meddelar Tillstånds- och tillsynsverket min finska personbeteckning
snarast möjligt efter att den beviljats.

Näraddress _____

Postnummer _____ Postort _____

Bostadskommun / land _____

Telefon _____ E-post _____

☐ Jag ger mitt samtycke till att begäran om komplettering av ansökan kan skickas via e-post.

Jag önskar att få beslutet på (bara ett alternativ)

☐ finska ☐ svenska

Skolning för att förskriva läkemedel

Avlagd examen / skolning _____

Läroanstalt _____

Utexamineringsdatum _____

Datum och ort _____

Bilagor

Om du är sjuksköterska innesluta intyg av avlagd utbildning som krävs för specialistkompetens för begränsad förskrivningsrätt och ansvariga läkarens skriftliga förordnande.

Om du är optiker eller munhygienist innesluta intyg av avlagd utbildning som krävs för att förskriva läkemedel.

Behandlingen

En ofullständig ansökan och/eller ofullständiga bilagor fördröjer behandlingen av ansökan.

Tillstånds- och tillsynsverket har ingen möjlighet att returnera ansökningsdokument.

Handlingen är avgiftsbelagd.

Skickande

Sänd den ifyllda blanketten med bilagor per post till adressen:

Tillstånds- och tillsynsverket, PB 20, 13035 LVV.

Alternativt kan du skicka det ifyllda formuläret med bilagor som en e-postbilaga till kirjaamo@lvv.fi. Eftersom det inte är rekommenderat att skicka sekretessbelagd information med e-post, du kan skicka säker post genom [Turvaviestä tjänsten](#).

[Mera information om utföring av dokument till Tillstånds- och tillsynsverket via e-post.](#)