

Läkemedelsförsörjning - Anmälan läkemedelsbeställare

Beställarens uppgifter

Namn					HSA-id (ange de fyra sista tecknen)	
E-post						
Titel Markera ett alternativ	Sjuksköterska	Barnmorska	Tandläkare	Tandhygienist	Tandsköterska	

Ovanstående beställare har, efter genomgången utbildning i E-handel läkemedel, ansvar för och rätt att beställa läkemedel till nedanstående leveransadress (=vårdenhet)

(Kom ihåg att skicka avanmälan för de leveransadresser (=vårdenheter) som du ej längre ska beställa läkemedel till.)

Organisationsnivå

Sjukhus/Vårdcentral/Folktandvård/Kommun (t.ex Mälarsjukhuset)
Klinik (gäller endast sjukhus)
Vårdenhet (t.ex avd, mott)
Vårdenhet (om beställaren ska ha behörighet till flera enheter)
Vårdenhet (om beställaren ska ha behörighet till flera enheter)

Underskrift behörig läkemedelsbeställare

Genom min namnteckning accepterar jag ansvaret att beställa läkemedel i enlighet med avtal om Läkemedelsförsörjning och fastställda rutiner. Jag bekräftar att jag har tagit del av Regionens rutiner för inköpssystemet Proceedo.

Datum, Namnteckning

Namnförtydligande

Fastställs av verksamhetschef, eller av vårdenhetschef med överlåtet ansvar från verksamhetschef att utse läkemedelsbeställare, alternativt av kommunens MAS (gäller Akut- och buffertförråd samt korttidsförråd)

Datum, Namnteckning

Namnförtydligande

☐

Verksamhetschef eller vårdenhetschef med överlåtet ansvar från verksamhetschef att utse läkemedelsbeställare

☐

Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen (för Akut- och buffertförråd samt korttidsförråd)

Ifylld, undertecknad blankett skickas till **Läkemedelsförsörjningen, Läkemedelscentrum, Mälarsjukhuset, 631 88 Eskilstuna**

Kopia ska förvaras på vårdenheten i enlighet med enhetens lokala rutin för läkemedelshantering.

OBS TVÅ SIDOR!

Nedanstående fylls i av Läkemedelscentrum:

Kontroll av lämnade uppgifter
Datum, namn