

Datum

Denna blankett skall användas för anmälan av verksamhet enligt 6 kap. 6 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Blanketten används också av vårdgivare som utökar med ny verksamhet (6 kap. 8 § LYHS). I stället för att använda denna pappersblankett kan motsvarande elektroniska blankett användas och skickas in via Socialstyrelsens hemsida på Internet (<http://www.sos.se>).

Blanketten kan också användas för att anmäla förändringar av tidigare anmälda och registrerade uppgifter. Socialstyrelsen föredrar dock att vårdgivaren i stället beställer ett registerutdrag där aktuella förändringar särskilt markeras.

Nedläggning/avregistrering av verksamhet bör anmälas på en annan blankett.

ANMÄLAN AVSER

<input type="checkbox"/> Nyetablering av hälso- och sjukvårdsverksamhet	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> Nyetablering av verksamhet enligt 6 kap. 2 § LYHS ① *	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> Förändring av tidigare lämnade uppgifter	Registreringsnummer ② Fr.o.m.

Socialstyrelsens anteckningar

* Siffrorna hänvisar till förklarande text i bifogat informationsblad.

VÅRDGIVARE (juridisk eller fysisk person) ③

<input type="checkbox"/> Landsting	Namn på landsting och ansvarig nämnd
<input type="checkbox"/> Kommun	Namn på kommun och ansvarig nämnd
<input type="checkbox"/> Staten	Namn på myndighet
<input type="checkbox"/> Privat	Namn på bolag/stiftelse/enskild firma
Organisationsnummer/personnummer ④	

ANMÄLD VERKSAMHET

Namn eller gemensam beteckning på den anmälda verksamheten ⑤		
Postadress dit vårdgivaren vill att post till verksamheten skall ställas (gata/box)		
Postnummer	Ort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post

UPPGIFTER OM VERKSAMHETSCHEFEN (motsvarande) ⑥

Namn (texta tydligt)	Utbildning (frivillig uppgift)	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post

NAMN PÅ ANMÄLNINGSSKYLDIG ENLIGT 6 KAP. 4 § LYHS (Lex Maria) ⑦

Namn (texta tydligt)	Utbildning (frivillig uppgift)
----------------------	--------------------------------

PATIENTFÖRSÄKRING ⑧

Har patientförsäkring tecknats	Om patientförsäkring saknas, ange anledning
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Nedan anges var verksamheten bedrivs. I de fall en verksamhet bedrivs på olika adresser skall vanligen samtliga adresser anges på anmälningsblanketten. Läs mer i det bifogade informationsbladet. ⑨

VAR VERKSAMHETEN BEDRIVS, ADRESS 1

Om verksamhetens besöksadress 1 är densamma som den postadress som angetts på blankettens första sida, räcker det att ange detta (skriv: "samma adress som på sidan 1"). Övriga uppgifter om inriktning, heldygnsvård etc. skall dock alltid anges.

Besöksadress		
Postnummer	Ort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post
Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder från kodlistan på sidan 4 (flera koder får anges) ⑩		
<input type="checkbox"/> Markera med kryss om verksamheten vid denna adress enbart bedrivs periodvis (se informationsbladet) ⑪	Bedrivs heldygnsvård (se informationsbladet) ⑫	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

VAR VERKSAMHETEN BEDRIVS, ADRESS 2

Besöksadress		
Postnummer	Ort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post
Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder från kodlistan på sidan 4 (flera koder får anges) ⑩		
<input type="checkbox"/> Markera med kryss om verksamheten vid denna adress enbart bedrivs periodvis (se informationsbladet) ⑪	Bedrivs heldygnsvård (se informationsbladet) ⑫	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

VAR VERKSAMHETEN BEDRIVS, ADRESS 3

Besöksadress		
Postnummer	Ort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-post
Beskriv verksamhetens inriktning genom att ange koder från kodlistan på sidan 4 (flera koder får anges) ⑩		
<input type="checkbox"/> Markera med kryss om verksamheten vid denna adress enbart bedrivs periodvis (se informationsbladet) ⑪	Bedrivs heldygnsvård (se informationsbladet) ⑫	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

VERKSAMHETER SOM AVSES I 6 KAP. 2 § LYHS OCH SOM SKALL ANLITAS ⑬

Ange vilka verksamheter som anlitas. Räcker inte utrymmet i denna ruta går det bra att fortsätta på ett separat papper.

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR**UPPGIFTSLÄMNARE**

Namn	Telefon (inkl. riktnummer)	E-post
------	----------------------------	--------

Vårdgivare som inte tidigare anmält verksamhet bör bifoga en kopia av registreringsbeviset, om sådant finns. Bedrivs verksamhet i en sådan form att registreringsbevis saknas, bör detta anges under "Övriga upplysningar".

Anmälan skickas till:

**Socialstyrelsen
Vårdgivarregistret
106 30 Stockholm**

KODER FÖR VERKSAMHETSINRIKTNINGAR (skall anges på sidan 2)

A	Tandvårdsverksamheter	C10	Yrkes- och miljömedicin	H	Verksamheter inom övriga medicinska specialitetsområden
A01	Tandhygienistverksamhet	C11	Geriatrisk	H01	Allmänmedicin (distrikts-/hus-/familjeläkarverksamhet)
A02	Tandläkarverksamhet, Allmän tandvård	D	Barnmedicinska verksamheter	H02	Socialmedicin
A03	Pedodonti	D01	Barn- och ungdomsmedicin (inkl. prematurvård)	H03	Hud- och könssjukdomar
A04	Ortodonti	D02	Barn- och ungdomsallergologi	H04	Neurologi
A05	Parodontologi	D03	Barn- och ungdomsneurologi med rehabilitering	H05	Infektionssjukdomar
A06	Oral kirurgi	D04	Barn- och ungdomskardiologi	H06	Rehabiliteringsmedicin (medicinsk rehabilitering)
A07	Endodonti	D05	Neonatal intensivvård	H07	Onkologi
A08	Oral protetik			H08	Klinisk nutritionslära
A09	Odontologisk radiologi				
A10	Bettfysiologi				
B	Opererande verksamheter	E	Psykiatriska verksamheter	I	Övriga verksamheter
B01	Kirurgi	E01	Psykiatri	I01	Akut-/intagningsavd. (som inte kan hänföras till någon annan särskild verksamhetskod)
B02	Ortopedi	E02	Barn- och ungdomspsykiatri	I02	Allmän hälso- och sjukvård (som inte kan hänföras till någon annan särskild verksamhetskod)
B03	Urologi	E03	Rättspsykiatri	I03	Ambulanssjukvård
B04	Barn- och ungdomskirurgi	E04	Geropsykiatri	I04	Apoteksverksamhet
B05	Handkirurgi	E05	Toxikomanivård	I05	Arbetsterapiverksamhet
B06	Plastikkirurgi	F	Radiologiska verksamheter	I06	Barnhälsovård
B07	Neurokirurgi	F01	Medicinsk radiologi	I07	Brännskadevård
B08	Thoraxkirurgi	F02	Neuroradiologi	I08	Distriktsköterskeverksamhet
B09	Anestesi	F03	Barn- och ungdomsradiologi	I09	Företagshälsovård
B10	Obstetrik och gynekologi	G	Kliniska laborierverksamheter	I10	Habilitering
B11	Förlossningsvård (inkl. BB-verksamhet)	G01	Transfusionsmedicin/ blodcentral	I11	Hemsjukvård
B12	Gynekologisk onkologi	G02	Koagulations- och blödningsrubbnings	I12	Hjälpmedelsverksamhet
B13	Öron-, näs- och halssjukdomar	G03	Klinisk immunologi	I13	Hälso- och sjukvård i särskilt boende (motsvarande)
B14	Röst- och talrubbnings (foniatrik)	G04	Klinisk bakteriologi	I14	Kiropraktorverksamhet
B15	Hörselrubbnings (audiologi)	G05	Klinisk virologi	I15	Larmcentralsverksamhet
B16	Ögonsjukdomar	G06	Klinisk fysiologi	I16	Mödrahälsovård
B17	Transplantationsverksamhet	G07	Klinisk neurofysiologi	I17	Naprapatverksamhet
C	Invärtesmedicinska verksamheter	G08	Klinisk kemi	I18	Optikerverksamhet
C01	Internmedicin	G09	Klinisk farmakologi	I19	Psykologverksamhet
C02	Kardiologi	G10	Klinisk genetik	I20	Psykioterapeutisk verksamhet
C03	Medicinsk gastroenterologi och hepatologi	G11	Klinisk patologi	I21	Sjukgymnastikverksamhet
C04	Endokrinologi och diabetologi	G12	Klinisk cytologi	I22	Skolhälsovård
C05	Medicinska njursjukdomar (inkl. dialysvård)	G13	Rättsmedicin	I23	Smärtklinik
C06	Lungsjukdomar	G14	Nukleärmedicin (inkl. isotop-lab.)	I24	Ungdomsmottagningsvård
C07	Hematologi	G15	Annan laborierverksamhet	I25	Utprovning av medicintekniska produkter
C08	Allergisjukdomar			I00	Annan verksamhet, ange vilken:
C09	Reumatologi			

INFORMATION OM HUR BLANKETTEN FYLLS I

(Informationen gäller följande två blanketter: SoSB 47031 och SoSB 47040)

① Verksamhet enligt 6 kap. 2 § LYHS

Verksamhet enligt 6 kap. 2 § LYHS är sådan verksamhet som *inte* är hälso- och sjukvård, men som ändå står under Socialstyrelsens tillsyn enligt denna lag. Det gäller verksamhet som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning som skall utgöra ett led i hälso- och sjukvårdens bedömning av en patients hälsotillstånd eller behandling. I första hand avses här de privata medicinska laboratorier som inte leds av hälso- och sjukvårdspersonal. Normalt avses inte verksamheter som tillverkar medicintekniska produkter.

② Registreringsnummer

(Denna hänvisning gäller endast blanketten SoSB 47031.)
Med registreringsnummer avses det nummer som Socialstyrelsen successivt kommer att tilldela registrerade verksamheter.

③ Namn på vårdgivare

För privat vårdgivare anges namn på bolag, stiftelse, firma eller annan juridisk person som svarar för den anmälda verksamheten. Om verksamheten bedrivs av en vårdgivare som är en fristående fysisk person, skall hans/hennes namn anges.

④ Organisationsnummer/personnummer

I första hand skall ett organisationsnummer anges. Personnummer skall anges endast om verksamheten bedrivs i en sådan form att ett särskilt organisationsnummer saknas.

⑤ Namn/benämning på verksamheten

Namnet på verksamheten skall anges för att Socialstyrelsen skall kunna skilja på olika verksamheter som bedrivs av en och samma vårdgivare. En vårdgivare med endast en verksamhet kan använda vårdgivarnamnet som namn på verksamheten.

⑥ Verksamhetschef

Verksamhetschefen är den person som enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) svarar för verksamheten. Med verksamhetschef avses således inte andra chefsfunktioner.

För verksamhet inom tandvården och för verksamheter enligt 6 kap. 2 § LYHS där det inte finns krav på en verksamhetschef, skall i stället anges namnet på den person som kan anses ha en funktion som motsvarar verksamhetschefens.

⑦ Anmälningsskyldig enligt 6 kap. 4 § LYHS (Lex Maria)

Anmälningar enligt Lex Maria skall göras till Socialstyrelsen om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. En sådan anmälan skall också göras om verksamheten uppfyller förutsättningarna enligt 6 kap. 2 § LYHS (se ① ovan).

⑧ Patientförsäkring

Enligt patientskadelagen (1996:799) är vårdgivaren skyldig att teckna en patientförsäkring. Bedrivs verksamheten av privat vårdgivare enligt avtal med en offentlig vårdgivare, är det den offentlige vårdgivaren som skall ha försäkringen.

⑨ Var verksamheten bedrivs

I de fall verksamhetens besöksadress är densamma som postadressen anges detta, skriv t.ex. ”samma adress som på sidan 1”. Glöm dock inte att till denna adressuppgift också ange uppgift om verksamhetens inriktning m.m.

I vissa fall räcker det om en (1) adress anges trots att verksamheten bedrivs på olika geografiska ställen. Det kan gälla för verksamheter som bedrivs genom att hälso- och sjukvårdspersonal söker upp patienter på olika mottagningar/adresser, t.ex. hemsjukvård och företagshälsovård eller för verksamhet som bedrivs vid ett flertal s.k. särskilda boenden. I dessa fall är det lämpligt att välja den adress där verksamheten har sin bas.

I de fall verksamheten inte bedrivs på någon fast adress anges i stället var den ansvarige för verksamheten kan kontaktas, t.ex. verksamhetens kontor.

Om fler än tre adresser anmäls kan blankettens sida 2 kopieras och användas.

⑩ Verksamhetens inriktning

Verksamhetens inriktning skall beskrivas enligt den bifogade kodlistan. Avsikten är att verksamhetens *huvudsakliga inriktning(-ar)* skall anges. De koder som anges behöver inte täcka in alla de patientgrupper och behandlingsalternativ som kan bli aktuella.

⑪ Om verksamheten bedrivs periodvis

Verksamheten anses bedrivs periodvis om den enbart bedrivs under en viss del av året och är stängd under längre period(-er), t.ex. säsongsverksamhet under sommarmånaderna.

Verksamhet som bedrivs under större delen av året, utom under t.ex. semestertid, räknas inte som periodvis.

⑫ Haldygnsvård

Med heldygnsvård avses bäddplatser inom den slutna hälso- och sjukvården. Med verksamhet som bedriver heldygnsvård avses alltså *inte* olika boendeformer enligt någon annan lagstiftning.

⑬ Verksamhet som anlitas

Med verksamhet som anlitas avses här enbart verksamhet enligt 6 kap. 2 § LYHS (se punkt ① ovan). Hälso- och sjukvårdsverksamheter som anlitas skall inte anges.