LANDSTINGET I VÄRMLAND 2017-09-18

Hälsoval Värmland

Madelene Johanzon

**Ansökan om certifiering för Minnesmottagning inför 2018**

Ansökan skickas ifylld till Berit Bryske, Vårdvalsenheten, Landstingshuset senast den 15/12 2017.

* Sjuksköterskan (ange namn) har **avsatt tid** 0,5 timme/vecka/1000 listade patienter

 Ja Nej

* Sjuksköterskan ska ha **tidsbeställd mottagning** med organiserad **telefonrådgivning**.

 Ja Nej

* Sjuksköterskan eller annan ansvarig person ska registrera i **SveDem**

 Ja Nej

* Specialist i allmänmedicin (ange namn)

 har uppdraget som **medicinskt ansvarig** för Minnesmottagningen.

 Ja Nej

* Etablerad **samverkan** med arbetsterapeut

(ange namn)

 Ja Nej

* Överenskommen **samverkan** med…………...kommun finns

(ange namn)

 Ja Nej

* Sjuksköterska och läkaren skall ha **kontinuerlig fortbildning**, dvs delta i de nätverksträffar som anordnas

 Ja Nej

Vårdenhet: VC ……………………………………………………….

Verksamhetschef/enhetschef:

Datum:

Beslut om certifiering kommer att meddelas senast 15 jan 2018 av Vårdvalsenheten.