Information och ansökan om arbetsplatskod

Förskrivarkod och arbetsplatskod ska anges på alla recept på för att de ska kunna expedieras inom förmånen.

Det är respektive region som avgör om ett arbetsplatsförhållande föreligger. Region Värmland tilldelar arbetsplatskod endast om:

* Förskrivaren har rätt att förskriva läkemedel i Sverige.
* Förskrivaren är folkbokförd eller har arbetsplatsen förlagd i Värmland.
* Förskrivaren har undertecknat ”Försäkran” och ”Åtagande” i ansökan.

Pensionerade- och icke kliniskt verksamma läkare ska bifoga till ansökan intyg om förskrivningsrätt från Socialstyrelsen. Förskrivare som bedriver vårdverksamhet i Värmland ska bifoga till ansökan intyg om förskrivningsrätt från Socialstyrelsen och registerutdrag från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Intyg om förskrivningsrätt beställs från Socialstyrelsen deras hemsida: <https://legitimation.socialstyrelsen.se/ansok-om-intyg/intyg-om-forskrivningsratt/>. För hjälp kan Socialstyrelsen kontaktas på socialstyrelsen@socialstyrelsen.se eller telefon 075-247 30 00.

Registerutdrag från IVO beställs via IVO:s registerplattform. Där kan du göra nyanmälningar, ändringar och få registerutdrag på egen hand. Länk till registerplattformen: <http://registerplattform.ivo.se/>

Arbetsplatskoden upphör att gälla om verksamheten eller folkbokföringsadressen flyttas utanför Värmland.

Bifogat finner du en ansökningsblankett. Fyll i denna och skicka den till adressen som anges i ansökan. Om något underlag saknas returneras blanketten för komplettering. Tilldelning av arbetsplatskod förmedlas i första hand via e-post.

# Ansökan om arbetsplatskod

**Obligatoriska uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Kryssa i vilken egenskap förskrivning ska ske  🞏 Pensionär1 🞏 Icke kliniskt2 🞏 Verksamhet3 | Tilldelad arbetsplatskod (ifylles av Region Värmland) |
| Namn/Företagsnamn | Personnummer/Organisationsnummer |
| Förskrivarkod (**Intyg om förskrivningsrätt ska bifogas**) | Specialitet |
| Folkbokföringsadress/Mottagningsadress | Postnummer och ort |
| Tel Mobil | E-postadress |

**Försäkran**

|  |
| --- |
| **Försäkran om följsamhet till Rekommenderade Läkemedel**  Undertecknad åtar sig att vid förskrivning av läkemedel följa listan Rekommenderade Läkemedel samt andra riktlinjer från Region Värmlands Läkemedelskommitté.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Namnteckning Namnförtydligande |

**Åtagande** (gäller ej för verksamhet)

|  |
| --- |
| Undertecknad åtar sig att använda arbetsplatskoden endast för förskrivning av läkemedel till sig själv och till närstående  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Namnteckning Namnförtydligande |

**Ansökan skickas till**:

**Region Värmland**   
Läkemedelscentrum

Centralsjukhuset i Karlstad

651 85 Karlstad