

## Ansökan om arbetsplatskod för förskrivare utan vårdavtal med Region Stockholm

Arbetsplatskod utfärdas för icke landstingsanställda förskrivare utan vårdavtal med Stockholms läns landsting efter undertecknande av bifogad överenskommelse.

För anställda i Stockholms läns landsting eller i verksamhet som har vårdavtal med Stockholms läns landsting inrättas inte separat arbetsplatskod för privat förskrivning. Förskrivare ska använda den aktuella verksamhetens arbetsplatskod även vid privat förskrivning. Du som är anställd inom en myndighet, vid ett lärosäte eller annan verksamhet i nära anslutning till hälso- och sjukvården ska vända dig till din verksamhetschef för att få reda på vilken arbetsplatskod som ska användas.

Stockholms läns landsting tilldelar arbetsplatskod endast om:

- Förskrivaren har svensk läkarlegitimation och rätt att förskriva läkemedel.
- Förskrivaren är folkbokförd eller har arbetsplatsen förlagd inom Stockholms län.
- Förskrivaren har inkommit med en korrekt ifylld och undertecknad blankett "Överenskommelse om arbetsplatskod" inklusive bilagor.

Bilaga/or som ska bifogas:

- Gäller din ansökan en verksamhetskod/företagskod bifoga intyg om förskrivningsrätt från Socialstyrelsen och registerutdrag från vårdgivarregistret, Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Gäller din ansökan en personlig kod bifoga intyg om förskrivningsrätt från Socialstyrelsen

Arbetsplatskodens upphörande:

- Om koden inte använts för förskrivning under en treårsperiod.
- Om arbetsplatsen eller folkbokföringsadressen flyttas utanför Stockholms län. Förskrivaren är skyldig att informera Stockholms läns landsting om förändringar sker.
- Om arbetsplatskodens innehavare så begär.

I och med att jag undertecknar "Överenskommelse om arbetsplatskod" är jag medveten om och godkänner att Stockholms läns landsting hanterar mina personuppgifter.

Fullständigt ifylld och undertecknad "Överenskommelse om arbetsplatskod" tillsammans med aktuell bilaga skickas till:

SF IT  
Verksamhetsnära förvaltning  
Arbetsplatskodshandläggare  
Box 22550  
104 22 Stockholm

Om ansökan inte är korrekt ifylld läggs ärendet som vilande i väntan på komplettering.

Vid frågor kontakta SF IT Servicedesk på telefon 08-123 145 10 alternativt <https://kontakt.sllit.sll.se/>

---

## Överenskommelse om arbetsplatskod

### Allmänna villkor för vårdgivare i Stockholms läns landsting

Läkemedelsbehandlingen ska ske på ett rationellt, säkert och kostnadseffektivt sätt med ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas.

Vårdgivarens förskrivning ska ske i enlighet med de rekommendationer som utfärdas av, eller förmedlas av, Stockholms läns läkemedelskommitté och dess expertråd, inklusive Kloka Listan och Kloka råd. Vårdgivaren ska ta del av producentoberoende läkemedelsinformation via webbplatsen [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se).

Vårdgivaren ska följa gällande lagar och förordningar, mer information och instruktioner om Läkemedel finns på Vårdgivarguiden:

<http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/lakemedelsforskrivning/>

Med arbetsplatskod samt användarnamn och lösenord kan Vårdgivaren själv följa förskrivningen via Stockholms läns landsting uppföljningsportal: <http://www.gups.sll.se/SASPortal/main.do>.

Vänligen texta

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Ansökan gäller:<br><input type="checkbox"/> Verksamhetskod/företagskod<br><input type="checkbox"/> Personlig kod (fritidsförskrivning) |                                  |
| Namn/Företagsnamn  | Personnummer/Organisationsnummer |
| Yrkesområde/Specialitet  | Legitimationsår                  |
| Adress där verksamheten bedrivs/Folkbokföringsadress   | Postnummer och ort               |
| Eventuell särskild postadress  | Telefonnummer                    |
| E-postadress   |                                  |

Om ansökan inte är korrekt ifylld läggs ärendet som vilande i väntan på komplettering.

**Jag försäkrar att jag inte är anställd i Stockholms läns landsting eller hos vårdgivare som har vårdavtal med Stockholms läns landsting. Jag är medveten om att jag måste informera Stockholms läns landsting om förändringar sker.**

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

### Ifylles av handläggare

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Tilldelad arbetsplatskod</b> |  |
| <b>Handläggare</b>              |  |
| <b>Datum</b>                    |  |
| <b>Internt ärendenummer</b>     |  |