Läkemedelsförsörjning - Anmälan/avanmälan behörig beställare - Formulär - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Beställarens uppgifter

Beställarens namn	
Användar-ID	
E-post	

Ovanstående beställare har ansvar för, och rätt att, beställa läkemedel för nedanstående kostnadsställes räkning, till nedanstående leveransadress(er)

Organisationsnivå	**Benämning** (enligt KiX)	**Anmärkning**
Verksamhetsområde		
Vårdenhet		
Kostnadsställe (KST) Endast ett kostnadsställe per blankett. Om en beställare ska kunna beställa på flera kostnadsställen, fylls flera blanketter i.		Fem siffror
Leveransadress (er) Ange var läkemedlen ska skickas. Använd enhetens benämning enligt KiX. En beställare kan ges möjlighet att skicka läkemedel till flera leveransadresser, då ska samtliga adresser anges.		Er ”LM-förrådsadress”

Attest vid läkemedelsbeställning

Normalrutinen är att enhetens beslutsattestant (lägst vårdenhetschef) attesterar beställningen innan den skickas. Funktionen ”ej förattest” får användas vid läkemedelsbeställningar. Beställningen skickas då till Apoteket utan föregående beslutsattest av chef. Attest sker istället av fakturan. Beslutet om vem/vilka beställare som ska få denna roll tas av respektive verksamhetschef (eller vårdenhetschef med överlåtet ansvar att utse läkemedelsbeställare) och anges nedan:

Ovanstående beställare ska ha rollen: ”Ej förattest”	**Ja** ☐	**Nej** ☐

Avanmälan av läkemedelsbeställare:

Behörigheten för ovanstående beställare ska upphöra från (datum)	

Underskrift behörig beställare

Genom min namnteckning accepterar jag ansvaret att beställa läkemedel i enlighet med avtal om Läkemedelsförsörjning och fastställda rutiner för läkemedelsbeställning.
Jag har tagit del av innehållet i dokumenten ***Direktiv för attest och utbetalning*** samt ***Anvisning till direktiv för attest och utbetalning***.
Jag har genomfört den digitala utbildningen ***Proceedo inköpssystem – för granskningsattestant (beställare)***.

Datum, Namnteckning Namnförtydligande

Fastställs av verksamhetschef (VC) eller av vårdenhetschef med överlåtet ansvar från VC att utse läkemedelsbeställare

Datum, Namnteckning Namnförtydligande

Ifylld, undertecknad blankett skickas till Läkemedelsenheten, budstation 69, för kontroll och registrering i inköpssystemet.
Kopia förvaras på vårdenheten i enlighet med enhetens lokala rutin för läkemedelshantering.
OBS TVÅ SIDOR!

Nedanstående fylls i av Läkemedelsenheten:

Kontroll av lämnade uppgifter
Datum, namn

Nedanstående fylls i av Ekonomiavdelningen:

Registrerad i inköpssystemet
Datum, namn