# Ansökan för uppläggning/förändring av organisationsenhet till SAMSA

# Var vänlig fyll i aktuella fält för din organisation. Obligatoriska markeras med \*

## **Välj ett av nedan**

## [ ]  Ny uppläggning

## [ ]  Avslut

## [ ]  Förändring/Tillägg. Ange vad:

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

**Nuläge Sjukhus**

Sjukhusets namn \*

Verksamhet\*

Enhetens namn \*

Enhetens HSAID \*

SVPL enhet **med** inkorg\* ***ja/nej***

**Förändring Sjukhus – Fyll enbart i förändring**

Sjukhusets namn

Verksamhet

Enhetens namn

Enhetens HSAID

SVPL enhet **med** inkorg ***ja/nej***

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

**Nuläge Kommun**

Kommun\*/Kommunkod

Verksamhet \*

Enhetens namn \*

SVPL enhet **med** inkorg\* ***ja/nej***

#### Förändring Kommun – Fyll enbart i förändring

Kommun/Kommunkod

Verksamhet

Enhetens namn

SVPL enhet **med** inkorg ***ja/nej***

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

**Nuläge VG Primärvård**

Primärvårdsområde \*

Kommun/stadsdel\*

Enhetens namn \*

Enhetens HSAID \*

SVPL enhet **med** inkorg\* ***ja/nej***

**Förändring VG Primärvård** **– Fyll enbart i förändring**

Primärvårdsområde

Kommun/stadsdel

Enhetens namn

Enhetens HSAID

SVPL enhet **med** inkorg ***ja/nej***

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

**Nuläge Vårdval Rehab**

Rehabområde \*

Kommun/Stadsdel\*

Enhetens namn \*

Enhetens HSAID \*

SVPL enhet **med** inkorg\* ***ja/nej***

**Förändring Vårdval Rehab** **– Fyll enbart i förändring**

Rehabområde

Kommun/stadsdel

Enhetens namn

Enhetens HSAID

SVPL enhet **med** inkorg ***ja/nej***

### Blanketten inskickad av:

Datum: \*

Ansvarig/Kontaktperson: \*

Telefonnummer: \*

E-postadress: \*

För inläggning av betrodda parter, kontakta din lokala systemförvaltare för SAMSA.

***Behörighetsblanketten skickas via mail till*** samsa.cerner@helpdesk.easit.nu

När organisationsförändringen är gjord i SAMSA bekräftas detta via epost till angiven kontaktpersonen.