|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| När en vårdcentral inom primärvården i Region Jönköpings län anställer en läkare finns möjlighet till ersättning enligt gällande Regelbok för vårdval. För att ersättning ska betalas ut krävs att vårdcentralen har ansökt om fortbildningsuppdrag och att avtal om överenskommelse för ersättning av läkare upprättats. Avtal om ersättning börjar gälla tidigast från nedan angivet datum för studierektors godkännande. En ST-tjänstgöring kan tidigast påbörjas det datum som är angivet på ”Bevis om legitimation”.  Ansökan, med underskrift av verksamhetschef och studierektor skickas tillsammans med anställningsavtal för ST-läkaren och kopia på legitimationsbevis till Vårdval Region Jönköpings län som handlägger ärendet. | | | | | | | | | | |
| **Vårdenhet** | | | | | | | | | | |
| Vårdenhetens namn | | | | | | | | | Besöksadress | |
|  | | | | | | | | |  | |
| Postadress | | | | | | | | | Datum för ansökan  PA-team | |
|  | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | Härmed intygas att verksamhetschef kontrollerat med Socialstyrelsen att berörd ST läkare, vid datum för denna ansökan, innehar godkänd Svensk läkarlegitimation. Detta då ST-tjänst formellt inte kan påbörjas utan giltig Svensk läkarlegitimation.  Kopia på legitimationsbevis bifogas. | | | | | | | | | |
| **Kontaktperson för ansökan** | | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | |  | |
| E-postadress | | | | | | | | | Mobiltelefonnummer | |
|  | | | | | | | | |  | |
| **Uppgifter om läkaren** | | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | | | Personnummer | |
|  | | | | | | | | |  | |
| Anställningsdatum | | | | | | | | | | Eventuell tidigare specialitet |
|  | | | | | | | | | |  |
| Har ST-läkaren påbörjat sin utbildning på annan vårdcentral inom Region Jönköpings län? | | | | | | | | | | |
|  | Ja | |  | Nej | | Kommentar: | | | | |
| **Uppgifter om handledaren** | | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | |  | |
| E-postadress | | | | | | | | | Mobilnummer | |
|  | | | | | | | | |  | |
| Datum för genomförd handledarutbildning i Region Jönköpings läns regi | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Utlåtande av studierektor** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | Godkänns | | |  | | Godkänns inte | | | |
| Kommentar | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Underskrift | | | | | | | | Namnförtydligande | | |
|  | | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Underskrift av verksamhetschef** | | | | | | |
| Datum | | | | | |
|  | | | | | |
| Underskrift | | | | | Namnförtydligande |
|  | | | | |  |
| **Underskrift av hälso- och sjukvårdsdirektör** | | | | | |
| Datum | Ansökan | | | | |
|  |  | Beviljas |  | Avslås | |
| Underskrift | | | | | Namnförtydligande |
|  | | | | |  |
| **Information** | | | | | |
| **Krav**  Region Jönköpings län ST-koncept och verksamhetslokala riktlinjer för ST i allmänmedicin samt Regelboken ska följas.  **Övrig information**  Om behov finns kan studierektor begära en ny beskrivning av vårdenhet (RJL5127)  Blankett samt begärda bilagor skickas till:  Region Jönköpings län, Vårdval, Box 1024, 551 11 Jönköping  eller via internpost till:  Regionens hus, Primärvård och rehabilitering | | | | | |