

# Ansökan om ny mottagningsadress inom Vårdval vårdcentral och Vårdval Rehab

Om du har frågor gällande ansökan om ny mottagningsadress inom Vårdval Vårdcentral kontakta: [vardgivarservice@vgregion.se](mailto:vardgivarservice@vgregion.se)

Om du har frågor gällande ansökan om ny mottagningsadress inom Vårdval Rehab kontakta: [vardgivarservice@vgregion.se](mailto:vardgivarservice@vgregion.se)

## Sökande – företag/organisation (obligatorisk)

Namn på vårdenheten	
Namn på verksamhetschef	
E-post till verksamhetschef	
Nuvarande mottagningsadress till enheten	
Ny mottagningsadress till enheten	Planerat flyttdatum
Ange orsak till ny mottagningsadress	

Jag är medveten om att de nya lokalerna ska uppfylla kraven enligt Västra Götalandsregionens [riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet](#)

Jag är medveten om att ett intyg om att lokalerna uppfyller kraven skall lämnas in senast tre veckor innan flyttdatum. Se tillämpningsanvisning och mall för intyg på Vårdgivarwebben.

Ansökan om ny mottagningsadress ska inkomma i god tid, dock senast tre månader innan planerad ändring. Byte av lokaliseringpunkt ska godkännas av hälso-och sjukvårdsnämnden.

Vårdgivaren kan välja vilket datum för flytt, men följande eftersläpning finns i systemen:

- Koordinaterna som styr kartfunktionen för att söka närmaste rehabenhet och karta enligt närhetsprincipen för vårdcentraler ändras vid nästkommande månadsskifte.
- Vårdgivaren är ansvarig för att i fält Tillfällig information i KIV informera om att man flyttat mottagningen till annan adress, vilket då visas på 1177.

**Gäller endast Vårdval Vårdcentral**

- Vid ändring av mottagningsadress inom Vårdval Vårdcentral ska GIS-analys genomföras, kostnaden för denna står enheten själv för.
- Reglering av ersättning baserat på GIS-körning sker i samband med nästkommande månadsskifte.

**Underskrift (obligatorisk)**

---

**Ort och datum**

---

**Underskrift av behörig person**

---

**Namnförtydligande**

---

**Adress och telefon till den som har skrivit under ansökan** (om annan person än kontaktperson för ansökan)

**Underskriven ansökan scannas in och skickas till: [operativ.halso-och.sjukvardsnamnd@vgregion.se](mailto:operativ.halso-och.sjukvardsnamnd@vgregion.se)**

**Om underskriven ansökan inte kan skickas digitalt, skicka den till:  
Diariet  
Stationsgatan 3  
541 30 Skövde**