

# Behörighetsansökan KAF

För beställning av läkemedel i Hamlet och läkemedelsrelaterade produkter i Marknadsplatsen till Kommunalt Akutläkemedelsförråd.

**Ny behörighet**

**Avsluta behörighet**

## Uppgifter om användaren/beställare

Namn	
E-postadress	
HSA-id	

**Ansökan avser flera användare till samma KAF  
– fyll i fält på sidan 2.**

## För vilket KAF ska behörigheten gälla:

Kommun/Stadsdel	
Namn på KAF	
GLN-nummer (Godsmottagare)	

## Uppgifter Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS):

Datum	
Namn	
E-postadress	
Telefonnummer	

**Digitalt ifylld blankett mailas av MAS till:** [hamlet@vgregion.se](mailto:hamlet@vgregion.se)

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i varje kommun ansvarar för att beställare av läkemedel är formellt utsedda och är behörig hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa ska ha namngivits i den lokala instruktionen för läkemedelshantering.*

**Fyll i nedan uppgifter om ansökan gäller mer än en beställare för aktuellt KAF.**

**Användare 2:**

Namn	
E-postadress	
HSA-id	

**Användare 3:**

Namn	
E-postadress	
HSA-id	

**Användare 4:**

Namn	
E-postadress	
HSA-id	

**Användare 5:**

Namn	
E-postadress	
HSA-id	