

---

## ANSÖKAN OM GODKÄNNANDE INOM VÅRDVAL UPPSALA LÄN

Ansökan kan fyllas i elektroniskt men måste sedan skrivas ut för underskrift. Den lämnas eller skickas till Region Uppsalas Upphandlingsenhet. Märk kuvertet med "LOV-Medicinsk fotvård för patienter med diabetes".

Om vårdgivare avser att ansöka om godkännande för flera mottagningar lämnas en ansökan per mottagning.

### Vårdgivare som ansöker om godkännande

<b>Företagsnamn</b>	
Organisationsnummer*	
Postadress	
Postnummer och ort	
Kommun	
Telefonnummer	
Faxnummer	
E-postadress	
Webbadress	
<b>Kontaktperson</b>	
Telefonnummer (direkt)	
E-postadress (direkt)	

\*Organisationsnummer:

- För aktiebolag uppges organisationsnummer
- För handels- och kommanditbolag uppges dels bolagets organisationsnummer och dels deltagarnas organisations- eller personnummer
- För enskild firma uppges personnummer

### Lokalisering

Vårdgivaren skall ange adress där mottagningen planeras vara lokaliserad. Mottagningen ska vara lokaliserad inom Uppsala län. Planeras en eller flera filial/-er till mottagningen ska även denna adress anges. Planerad verksamhet vid filialen ska anges.

--

**Ansökan omfattar nedanstående vårdområde**

Ansökan avser	Vårdområde	Planerad driftstart
<input type="checkbox"/>	Mottagning för medicinsk fotvård	

**Öppettider**

Vårdgivaren ska ange öppettider för veckans vardagar nedan

**Krav för godkännande****Ekonomisk stabilitet**

För att Regionen ska kunna bedöma om vårdgivaren uppfyller kravet på ekonomisk stabilitet ska följande handlingar skickas in till Regionen.

Utländsk vårdgivare ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

**Intyg från myndigheter:**

Kopia på det vid ansökan gällande **registreringsbevis** utfärdat av behörig officiell myndighet (i Sverige Bodelagsverket), högst sex månader gammalt. Kravet gäller inte för enskild firma som istället ska lämna kopia på F-skattesedel.

Krav uppfylls: Ja  Nej

Anm:

**"Begäran om upplysningar vid offentlig upphandling", Skatteverkets blankett SKV 4820.** Den ska vara ifylld av Skattemyndigheten. Intyget ska inte vara äldre än tre (3) månader. Gäller ej nybildat företag.

Krav uppfylls: Ja  Nej

Anm:

## Övriga intyg:

Vårdgivaren ska styrka kraven angående kompetens, erfarenhet och personal, punkt 4.7, med kursintyg och betyg som bifogas ansökan.

Krav uppfylls:                      Ja        Nej   

Anm:

## Ifylls om tillämpligt:

I det fall avtalet gäller en podiater ska namn på handledare anges samt intyg som styrker att handledaren uppfyller kraven angående kompetens, erfarenhet och personal, punkt 4.7 samt har tre års yrkeserfarenhet som fotterapeut, enligt ovanstående. Vårdgivaren ska styrka kraven med intyg, kursintyg och betyg som bifogas ansökan.

Namn: \_\_\_\_\_

Krav uppfylls:                      Ja        Nej   

Anm:

**Finansiell och ekonomisk ställning:**

## Bedömning av kreditvärdighet

Av kreditupplysningsinstitut lämnat intyg som visar riskklass lägst "Uppllysningscentralen AB riskklass 3" eller motsvarande (får ej vara äldre än 3 månader).

Krav uppfylls: Ja  Nej

Anm:

## Ifylls om tillämpligt:

Vårdgivare som är ensamföretagare/enskild firma ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultaträkning och balansräkning eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär.

Kraven uppfylls: Ja  Nej

Anm:

## Ifylls om tillämpligt:

Vårdgivare som har ett nystartat företag ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att redovisa aktiekapital/annat, eller på begäran tillhandahålla en finansiell säkerhet (t.ex. lämna bankgaranti eller koncerngaranti) samt på begäran kunna redovisa referens till bank eller annan finansiär.

Krav uppfylls: Ja  Nej

Anm:

**Utdrag ur vårdgivarregistret**

Vårdgivaren intygar med sin underskrift nedan att verksamheten kommer att anmälas till vårdgivarregistret enligt 2 kap 1-3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och att ett utdrag från vårdgivarregistret kommer att sändas till Region Uppsala senast en vecka innan verksamheten startar.

Krav uppfylls: Ja  Nej

Anm:

**Uteslutning av leverantörer**

Leverantören intygar att förhållanden enligt punkt 1.2 i förfrågningsunderlaget inte föreligger vid ansöknings-tillfället.

Krav uppfylls: Ja  Nej 

Anm:

Under tecknad vårdgivare ska åta sig att ingå det avtal för godkännande av mottagning som återfinns i kapitel 2 i regelboken och därvid följa Regelboken för den verksamhet som ska bedrivas.

Undertecknad vårdgivare ska försäkra Regionen att vårdgivaren är medveten om att Regionen kan återkalla godkännandet för en mottagning om vårdgivaren inte uppfyller villkoren för att bedriva mottagningen.

---

*Ort Datum*

---

*Underskrift*

---

*Namnförtydligande (firmatecknare)*

---

*Kontaktuppgifter (adress, telefon och e-post)*

Om vårdgivaren som ansöker om godkännande inte har möjlighet att i samband med ansökan redovisa samtliga begärda uppgifter ska det till ansökan bifogas en redogörelse för orsaken till detta och en plan för när handlingarna kommer att kompletteras. Ett beslut kommer att fattas om godkännande när vårdgivaren kompletterat med samtliga handlingar. Om vårdgivaren inte inom tre månader kan visa att återstående krav är uppfyllda kommer ett beslut om att inte bifalla ansökan att fattas.

Beslut om godkännande kommer att tas inom två månader (tre månader under sommarperioden) från det att en komplett ansökan inkommit till:

Region Uppsala

Upphandlingsenheten

Box 602

751 25 UPPSALA

Besöksadress: Regionkontoret, Storgatan 27, Uppsala.

Eventuella frågor angående denna upphandling skall ske skriftligen eller genom e-post till:

[Upphandling@regionuppsala.se](mailto:Upphandling@regionuppsala.se)

**BILAGA 2 RISKKLASSIFIKATION FÖR DIABETES MELLITUS UR FOTSYNPUNKT**

Risk	Beskrivning	Uppföljningsintervall
<b>Nivå 1</b> <b>Låg risk</b>	<p>Patienter med diabetes utan komplikationer (d.v.s. frisk diabetesfot) som inte har problem med nageltrång, liktornar, förhårdnader eller liknande och som kan se och nå sina fötter.</p> <p>Det finns inga tecken på perifer neuropati, arteriell insufficiens, fotödem eller deformationer.</p>	<b>Patienter i nivå 1 erhåller ingen fotvård</b>
<b>Nivå 2</b> <b>Medelhög risk</b>	<p>Patienter med neuropati (nedsatt känsel) och/eller perifer kärlsjukdom.</p>	<p>Uppföljningsintervall: 3-6 månader</p> <p>Fotterapeuten får ersättning för motsvarande <b>max 6 helbehandlingar</b> per patient och tolv månadersperiod.</p> <p>Patienter i denna riskgrupp har högre prioritet än patienter i riskgrupp 1.</p>
<b>Nivå 3</b> <b>Hög risk</b>	<p>Patienter med fotdeformitet, tidigare fotsår, callus eller med amputation</p>	<p>Uppföljningsintervall: 2-3 månader</p> <p>Fotterapeuten får ersättning för motsvarande <b>max 8 helbehandlingar</b> per patient och tolv månadersperiod.</p> <p>Patienter i denna riskgrupp har högre prioritet än patienter i riskgrupp 1.</p>
<b>Nivå 4</b> <b>Mycket hög risk</b>	<p>Patienter med pågående skada t ex sår, kritisk ischemi, smärt syndrom, grav osteoartropati</p>	<p><b>Patienterna ska behandlas av diabetesfotteam på Akademiska sjukhuset eller på Lasarettet i Enköping, inte hos privat fotterapeut.</b></p> <p>Uppföljningsintervall: bedöms av diabetesfotteamet utifrån individuella behov</p>