



Valvira

Tillstånds- och tillsynsverket
för social- och hälsovården

Arbetsgivarens anmälan om yrkesutbildad person inom social- och hälsovården

Arbetsgivarens uppgifter

Namn _____

Organisation, verksamhetsenhet/ avdelning _____

Telefonnummer _____

Yrkesutbildade personen som anmälningen gäller

Namn _____

Födelsetid/ personbeteckning/ identifikationssignum _____

Yrkesgrupp(er)/ yrkesrätt och yrkesbeteckning _____

Närmare uppgifter om arbetsförhållandet, (*varaktighet, arbetsuppgifter, olika verksamhetsenheter o.dyl.*)

Arbetshälsovården, där yrkespersonens vård är ordnad och kontaktuppgifterna, (*ifall det är fråga om yrkespersonens hälsotillstånd*)

Ytterligare uppgifter _____

Orsaken till anmälningen

Bristfälligheter i genomförande av säker läkemedelsbehandling

Osaklig / felaktig förskrivning av läkemedel (vilket läkemedel är det fråga om, uppskattning av patienternas antal, är det frågan om förskrivning till sig själv. Felaktigheter i genomförande av läkemedelsbehandlingen (utdelning, dosering, anteckningarna)



Valvira

Tillstånds- och tillsynsverket
för social- och hälsovården

Yrkespersonens missbruksproblem / arbetat i berusat tillstånd

Hur och när konstaterats?

Yrkespersonens oklara / bristfälliga hälsotillstånd

Kort beskrivning av hälsotillståndet/ sjukdomen, inverkan på utförande av arbetet, arbetshälsovårdens kontaktuppgifter och eventuella åtgärder i arbetshälsovården

Brott som begåtts i yrkesverksamheten / vid misstanke

Stöld av läkemedel eller egendom: hurdana mediciner har stulits, mängden, tidpunkt. Kränkande behandling av patienten / klienten: kort beskrivning av händelserna. Brott gällande datasekretess. Har brottsanmälan gjorts?

Brister eller felaktigheter i yrkesverksamheten

Brister i yrkeskunskaper eller till exempel i språkkunskaper. Felaktigheter i vården eller anteckningarna i klient- och / eller i patientjournalerna. Försummelse av de yrkesetiska skyldigheterna, kränkande behandling av klienten, osakligt beteende o.s.v.



Valvira

Tillstånds- och tillsynsverket
för social- och hälsovården

Annan orsak

Beskriv fritt situationen/ händelserna

Åtgärder arbetsgivaren vidtagit

Instruering, varning, avgränsning av arbetsuppgifter, tilläggsutbildning, hänvisning till arbetshälsovården o.dyl.

Behandlas ärendet / har behandlats hos en annan myndighet och när?

Regionförvaltningsverket, nämn verket _____

Polisen, nämn polisanstalten _____

Dataombudsmannens byrå _____

Annan, vilken _____

Underskrift

Underteckning _____

Namnförtydligande _____

Ort och datum _____

Anvisningar

Den ifyllda blanketten med bilagor kan skickas med skyddad e-post på adressen <https://turvaviestivalvira.fi> Till mottagare anges kirjaamo@valvira.fi

Den utskrivna och undertecknade blanketten kan även skickas per post till adressen Valvira, PB 43, 00521 Helsingfors.