

# Överenskommelse registrering SWEAPS

## Ifylld blankett skickas till

Kate Abrahamsson  
Barnkirurgiska kliniken,  
Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus SU/Östra  
41685 GÖTEBORG

## Ansökan avser

- anmäla ny enhet
- anmäla byte av kontaktperson
- anmäla ny/nya användare

## Enhet \*Obligatoriska uppgifter

Namn på enhet*	
Vårdgivare* – namn på landsting	
Län (geografiskt)*	
Adress*	
Postnr, Ort*	

## Enhetsansvarig/kontaktperson \*Obligatoriska uppgifter

**Kontaktperson** (en person/enhet) – person som registeransvariga kan kontakta för att förmedla information; har ett samordnade ansvar för enhetens frågor till registren och är den som anmäler nya inrapportörer.

För- och efternamn *	
Befattning/yrke	
Telefon*	
E-post*	

## Vid byte av kontaktperson ange namn på tidigare kontaktperson

--

## Följande personer ska ha behörighet som inrapportör

**Inrapportör** – Användare som kan logga in i systemet, göra registreringar samt se statistik.

För- och efternamn	
E-post	

För- och efternamn	
E-post	

För- och efternamn	
E-post	

För- och efternamn	
E-post	

## Underskrift

### Verksamhetschef eller enhetschef

Verksamhetschef är personuppgiftsansvarig för alla enheter. Enhetschef med delegation från verksamhetschef kan skriva under.

Ort, datum	Signatur
Titel	Namnförtydligande