# Anmälan av anslutning till SPOR – Svenskt PeriOperativt Register

*Anmälan för anslutning av en vårdgivare och dess organisationer.*

## Vårdgivare (landsting eller privat vårdgivare)

*Här anmäls den vårdgivare som skall skicka data till SPOR.*

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdgivarens namn: |  |
| Vårdgivarens HSA-ID: |  |
| Vårdgivarkoordinator: |  |

## Förvaltning

*Här anges organisatorisk uppdelning av sjukhus inom vårdgivaren.*

|  |  |
| --- | --- |
| Förvaltningens namn: |  |
| Förvaltningens HSA-ID: |  |
| Koordinator: |  |

## Sjukhus

*Här anmäls de sjukhus som skall skicka data till SPOR för denna vårdgivare.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sjukhusets namn | Sjukhusets HSA-ID | Operationsplaneringssystem | Anslutningsmetod(XML-fil eller Webservice) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Operationsenhet

*Här anmäls de operationsenheter (ej kliniker) som skall skicka data till SPOR för denna vårdgivare.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Enhetens namn | Enhetens HSA-ID | Sjukhus |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Klinik

*Här listas de kliniker (verksamhetsområde dit operatör och patient tillhör) man vill kunna se sammanställningar för.*

|  |  |
| --- | --- |
| Klinikens namn | Sjukhus där kliniken bedriver verksamhet (kan vara flera) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Användare

*Här anmäls de användare som skall ha tillgång till registret för denna vårdgivare. Användare kan ha rollen av Koordinator (rätt att hantera fellistor, användaradministration, samt godkännande av salar och kliniker) Användare (se rapporter), Tekniker (ladda upp data).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn | HSA-ID  | Telefonnr | E-post | Behörighetsnivå(vårdgivare eller sjukhus) | Roll(koordinator, användare eller tekniker) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |