**Tilkynning um að rekstri verði hætt**

**á sjúkrahúsi, heilsugæslustöð, hjúkrunarheimili, sérhæfðri heilbrigðisstofnun eða starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna**

Heilbrigðisstarfsmaður/-stofnun sem hyggst hætta rekstri sbr. 2. mgr. 6. laga um landlækni og lýðheilsu [nr. 41/2007](https://www.althingi.is/lagas/nuna/2007041.html), skal tilkynna landlækni um að rekstri heilbrigðisþjónustu sé hætt. Allar tilskildar upplýsingar skulu koma skilmerkilega fram á þessu eyðublaði. Tryggja skal þegar rekstri er hætt á sjúkrahúsi, heilsugæslustöð, hjúkrunarheimili, sérhæfðri heilbrigðisstofnun eða starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna að opinber gögn, sjúkraskrár og önnur heilbrigðisgögn, um einstaklinga verði **afhent á Þjóðskjalasafnið til** **varðveislu** hvort sem þau urðu til hjá opinberri stofnun eða einkarekinni stofu skv. lögum [nr. 55/2009](http://www.althingi.is/lagasafn/pdf/144b/2009055.pdf), um sjúkraskrár. Það skal tekið fram að það er með öllu óheimilt að farga slíkum skjölum.

Sé **rekstri sjúkraskrárkerfis hætt** skal flytja sjúkraskrár sem þar eru vistaðar **til landlæknis**. Landlæknir getur ákveðið, með samþykki sjúklings eða umboðsmanns hans, að sjúkraskrár sem fluttar hafa verið til hans skuli vistaðar í sjúkraskrárkerfi annarrar heilbrigðisstofnunar eða starfsstofu heilbrigðisstarfsmanna eða í sameiginlegu sjúkraskrárkerfi sbr. 10. mgr. laganna um sjúkraskrár nr. 55/2009.

|  |
| --- |
| **Almennar upplýsingar** |
| **Heiti rekstraraðila:**  *Hér skal skrá heiti heilbrigðisstofnunar, rekstrarfélags heilbrigðisstarfsmanns (hf, ehf, slf) eða nafn heilbrigðis-starfsmanns sem rekur starfsemi í eigin nafni.* | **Kennitala rekstraraðila:**      |
| **Nafn ábyrgðaraðila/heilbrigðisstarfsmanns:**Starfsheiti:      Sérfræðiheiti (ef við á):      *Hér skal skrá þann sem ber ábyrgð á heilbrigðisstofnun/ starfsstofu/eigin rekstri.* | **Kennitala ábyrgðaraðila/heilbrigðisstarfsmanns:**      |
| **Auðkennisnúmer rekstraraðila í heilbrigðisþjónustu:****-** |
| **Heiti stofnunar/aðseturs starfsstofu:**     *Hér skal tilgreina almennt heiti eða sérheiti stofnunar/ starfsstofu.* |
| **Póstfang stofnunar/aðseturs starfsstofu:**      |
| **Póstnúmer og staður:**       |
| **Tölvupóstfang:**      @      |
| **Rekstri var/verður hætt (skrá inn dag/mán/ár):** |
| Tók annar heilbrigðisstarfsmaður/-stofnun við rekstrinum: [ ]  Já [ ]  Nei Ef já, vinsamlegast skráðu inn eftirfarandi upplýsingar: Nafn:      Kennitala:      Starfsheiti:      Aðsetur:       |

|  |
| --- |
| **Upplýsingar um frágang, varðveislu sjúkraskráa og annarra heilbrigðisgagna** |
| [ ]  **Rafræn skráning****Heiti rafræns sjúkraskrárkerfis:**[Frekari leiðbeiningar um reglur við frágang sjúkraskráa og annarra heilbrigðisgagna má finna á vef Þjóðskjalasafns](https://island.is/ertu-ad-afhenda-goegn/afhending-sjukraskraa)Áætlaður afhendingartími:      [ ]  **Sjúkraskrá skráð á pappírsformi:** Áætlaður afhendingartími:      Fyrirspurnir varðandi frágang og afhendingar sjúkraskráa má senda á netfang Þjóðskjalasafnsins skjalavarsla@skjalasafn.is eða netfang embætti landlæknis skjalasafn@landlaeknir.is  |

Með undirskrift minni votta ég að framangreindar upplýsingar séu réttar og að frekari upplýsingum og gögnum verði skilað til embættis landlæknis sé þess krafist.

|  |
| --- |
| Undirskrift ábyrgðaraðila/heilbrigðisstarfsmanns: |
| Dagsetning tilkynningar (dagur, mán., ár):       |
| **Undirritaða tilkynningu þessa skal senda embætti landlæknis,****Katrínartúni 2, 105 Reykjavík eða á netfangið mottaka@landlaeknir.is** |