# Oplysningsseddel

#### Personlige data

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Cpr.nr.: |
| Adresse: |
| Postnr./by: | Tlf.: |
| Stilling: |
| E-mail adresse: |

#### Ansættelsesforhold

|  |  |
| --- | --- |
| Er du ansat i Region Midt? | På hvilket hospital/afsnit:  |
| Er du tilknyttet andre Vikarbureauer? |  |
| Har du tidligere været ansat ved Region Midt? Ja [ ]  Nej [ ]  |

#### Skattekort, kørekort og kørselsgodtgørelse

|  |
| --- |
| Jeg ønsker at benytte mit hovedkort [ ]  eller benytte mit bikort [ ]   |
| Jf. Skats regler om kørselsgodtgørelse, ydes dette alene ved kørsel i egen bil eller sambos/ægtefælles bil (husstand). |

Lønnen overføres til den konto, du har valgt som din NEM – konto til indbetalinger fra offentlige instanser.

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Dato og underskrift

#### Udfyldes af Vikar Region Midt:

|  |  |
| --- | --- |
| (**sygepl.**) Intern vikar [ ]  eller ekstern vikar [ ]  | Ansættelsesdato: |
| Tillæg for anciennitet?:  |
| Tillæg for anerkendt specialuddannelse (gælder **sygeplejersker**)?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| Tilknytning på Socialområdet. Er det betingelse af et gyldigt kørekort: Ja[ ]  Nej[ ]  |
| E-læring tilmeld: | Psykiatriloven [ ]  Indgreb i selvbestemmelsesretten – børn og unge [ ]  Indgreb i selvbestemmelsesretten – voksenområdet [ ]  |
| E-læringafmeld: | Sepsis (**sygepl.**)[ ] , Blodtrans. (**sygepl.**)[ ] , Bröset (**sygepl./SOSU**) [ ] EKG (**sygepl.**)[ ] , Ernæringsscre. V. + Plan for ernæring (**sygepl./SOSU**)\* [ ]  |
| Stamsted (bosat uden for Region Midt): |
| Funktionsleder (reg.id.): |

## Ønskede arbejdssteder:

**Vikar Region Midt**

Du skal vælge èt eller flere tjenestesteder, du gerne vil arbejde på. Det er vigtigt at du også har kvalifikationer og kompetencer til at arbejde på disse tjenestesteder.

Sæt kryds ud for de ønskede tjenestesteder:

## PSYKIATRI OG SOCIAL - Hospitalspsykiatrien

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Adresse* | *Tjenestesteder* | *Sæt kryds* |
| **Aarhus** Universitetshospital,Palle Juul-Jensens Boulevard 99, 8200 Aarhus N  | Aarhus Universitetshospital, voksenpsykiatri |[ ]
|  | Børne – og ungdomspsykiatriske afsnit |[ ]
| Regionspsykiatrien **Randers**, Dronningborg Boulevard 15, 8930 Randers NØ | Regionshospitalet, Randers, voksenpsykiatri |[ ]
| Regionspsykiatrien, **Viborg-Skive**, Søndersøparken 1, 8800 Viborg | Regionspsykiatrien, Søndersøparken, Viborg |[ ]
|  | Børne – og ungdomspsykiatrisk afsnit |[ ]
| Regionspsykiatrien **Horsens**, Sundvej 30, 8700 Horsens | Regionshospitalet Horsens, voksenpsykiatri |[ ]
| Regionspsykiatrien **Gødstrup**, Hospitalsparken 15, 7400 Herning | Regionshospitalet Gødstrup, voksenpsykiatri |[ ]
|  | Børne – og ungdomspsykiatrisk afsnit |[ ]

**Kompetencer Hospitalspsykiatri**

Sæt kryds i de områder hvor du **har** kompetencer.

[ ]  Psykiatri, Akut Psykiatrisk Modtagelse, AUH

[ ]  Psykiatri, Almen

[ ]  Psykiatri, Spiseforstyrrelser, i Børne-og Ungdomspsykiatrisk regi

[ ]  Psykiatri, Børn

[ ]  Psykiatri, Modtage/intensiv

[ ]  Psykiatri, Retspsykiatri

[ ]  Psykiatri, Rådgivningstelefonen AUH

[ ]  Psykiatri, Unge

[ ]  Skærmning

[ ]  Skærmning på somatisk afsnit

[ ]  Ansvarshavende sygeplejerske

## Medicin og dokumentation

[ ]  Injektion under tvang (kun sygeplejersker)

[ ]  Midt EPJ blodprøver og medicin (kun SOSU og sygeplejersker)

[ ]  MidtEPJ dokumentation

## Kontakt til nærmeste pårørende

Medarbejder:

Såfremt det bliver nødvendigt, vil jeg gerne I giver besked

til: (ægtefælle, familie, ven, kollega)

Navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tlf.nr. privat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tlf.nr. arbejde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ønsker/bemærkninger i øvrigt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Tro og love erklæring (Kun sygeplejersker)

Jf. aftale indgået med Dansk Sygeplejeråd er der 2 mulige vikar-ansættelser i Vikar Region Midt.

1. Som intern sygeplejerske (du har samtidig en ansættelse i Region Midtjylland)
2. Som ekstern sygeplejerske

Se aftalen her: <https://www.rm.dk/globalassets/hospitaler/vikarregionmidt/vikar-region-midt/vil-du-vare-vikar/hvad-med-lon/lonaftale-for-sygeplejersker.pdf>

Nedenfor skriver jeg under på, hvilken af de 2 ansættelsestyper jeg i øjeblikket har.

Jeg skal være særligt opmærksom på min **PLIGT** til at underrette Vikar Region Midt, hvis der er ændringer i mine ansættelser. Manglende underretning kan have negative lønmæssige konsekvenser.

Du bedes på tro og love angive (intern sygeplejerske)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Navn** | **Cpr. nr.** | **Månedslønnet ansat i afd. eller institution i Region Midt****Angiv venligst afd./inst.** | **Antal timer gns. pr. uge** | **Hvis ændring – dato for ændringen** |
|  |  |  |  |  |

Du bedes på tro og love angive (ekstern sygeplejerske)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Navn** | **Cpr. nr.**  | **Ikke månedslønnet ansat i Region Midt** | **Hvis ændring – dato for ændringen** |
|   |  |  |  |

…………. ……………………………………………….

Dato underskrift

**Individuel lokalaftale om nedsættelse af hviletiden
(Gælder kun sygeplejerske)**

Lokalaftalen indgås med baggrund i ”Rammeaftale om nedsættelsen af hviletiden” indgået mellem Vikar Region Midt og Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland.

Det er en forudsætning for indgåelse af aftalen, at hviletiden kun nedsættes en gang hvert syvende døgn.

Det aftales hermed, at hviletiden mellem to tjenester kan nedsættes fra 11 timer til 8 timer i følgende situationer:

\_\_\_\_\_\_\_\_ mellem dagvagt og nattevagt,

\_\_\_\_\_\_\_\_ mellem aftenvagt og dagvagt.

Dato:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vikar Region Midt

Dato:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sygeplejerske

Aftalen kan af begge parter opsiges med 3 måneders varsel.