Försäkringskassan
0771-17 90 00
www.forsakringskassan.se

Anslutning
Nya eller ändrade uppgifter

Skicka blanketten till
Försäkringskassan
901 81 Umeå

Använd den här blanketten för att ändra uppgifter när vårdgivaren redan är registrerad i Tandvårdsportalen. Det kan vara personal som har börjat eller slutat, eller om ni ska sälja er verksamhet och den nya ägaren tar över organisationsnumret. Om ni har en ny postadress kan ni själva ändra uppgiften i Tandvårdsportalen.

Fyll i blanketten digitalt, skriv ut och skicka in den per post med underskrift av den eller de personer som är firmatecknare. Om antalet fält inte räcker till under någon av punkterna kan ni fortsätta fylla i uppgifterna i en ny blankett.

Det kan ta upp till 30 dagar innan ert ärende är hanterat.

1. Vårdgivare

Ange det bolagsnamn som är registrerat hos Bolagsverket. Om namnet ska ändras meddelar ni oss när ändringen är genomförd hos Bolagsverket.

Företagets namn	Organisationsnummer
Postadress	Postnummer och ort

2. Kontaktperson som ska läggas till

Ange vem eller vilka som ska ansvara för kontakten med Försäkringskassan. En kontaktperson behöver inte vara den som har det yttersta ansvaret för verksamheten.

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)
Telefon	E-post	

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)
Telefon	E-post	

3. Kontaktperson som ska tas bort

Förnamn	Efternamn

Förnamn	Efternamn

☐ Samtliga tidigare kontaktpersoner hos vårdgivaren	Datum för ändringen

FK 7004 (016 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

4. Personer med bestämmande inflytande över verksamheten som ska läggas till

Här lämnar ni uppgifter om alla personer med bestämmande inflytande över verksamheten:

- I **aktiebolag** och **ekonomiska föreningar** den verkställande direktören (om det finns en sådan), samtliga styrelseledamöter, styrelsesuppleanter och andra personer som genom ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten, till exempel personer med generalfullmakt. Om bolaget eller föreningen är ett fåmansföretag enligt 56 kap. 2 §, inkomstskattelagen (1999:1229) anger ni också samtliga delägare.
- I **kommanditbolag** och andra **handelsbolag** samtliga bolagsmän och andra personer som genom ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten, till exempel personer med generalfullmakt.
- **I enskilt bedriven verksamhet** den enskilde näringsidkaren.

Ni ska dessutom alltid ange

- verksamhetschefer (klinikchefer) i er verksamhet som ska finnas i enlighet med 16a § tandvårdslagen (1985:125)
- samtliga behandlande tandläkare eller tandhygienister hos vårdgivaren, om de är tio eller färre
- om personen är firmatecknare.

Svara också ja eller nej på frågan om personen som ni lämnar uppgift om tidigare har varit vårdgivare, eller varit verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

☐ Tandläkare ☐ Suppleant ☐ Bolagsman
☐ Tandhygienist ☐ Verklig huvudman ☐ Enskild näringsidkare
☐ Verksamhetschef ☐ Delägare
☐ Styrelseledamot ☐ Verkställande direktör ☐ Annan roll: _____

Är personen firmatecknare?
☐ Ja ☐ Nej

Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?
☐ Ja ☐ Nej

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

☐ Tandläkare ☐ Suppleant ☐ Bolagsman
☐ Tandhygienist ☐ Verklig huvudman ☐ Enskild näringsidkare
☐ Verksamhetschef ☐ Delägare
☐ Styrelseledamot ☐ Verkställande direktör ☐ Annan roll: _____

Är personen firmatecknare?
☐ Ja ☐ Nej

Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?
☐ Ja ☐ Nej

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

- ☐ Tandläkare
- ☐ Tandhygienist
- ☐ Verksamhetschef
- ☐ Styrelseledamot
- ☐ Suppleant
- ☐ Verklig huvudman
- ☐ Delägare
- ☐ Verkställande direktör
- ☐ Bolagsman
- ☐ Enskild näringsidkare
- ☐ Annan roll: _____

Är personen firmatecknare?

☐ Ja ☐ Nej

Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?

☐ Ja ☐ Nej

5. Personer med bestämmande inflytande över verksamheten som ska tas bort

Om samtliga personer med bestämmande inflytande över verksamheten ska tas bort kryssar du i den rutan och behöver inte fylla i något mer i punkt 5.

Om en eller flera personer ska tas bort lämnar du uppgifter om varje person för sig.

☐ Samtliga personer med bestämmande inflytande ska tas bort	Datum för ändringen

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

☐ Alla personens roller hos vårdgivaren ska tas bort

- ☐ Tandläkare
- ☐ Tandhygienist
- ☐ Verksamhetschef
- ☐ Styrelseledamot
- ☐ Suppleant
- ☐ Firmatecknare
- ☐ Verklig huvudman
- ☐ Delägare
- ☐ Verkställande direktör
- ☐ Bolagsman
- ☐ Enskild näringsidkare
- ☐ Annan roll:

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

☐ Alla personens roller hos vårdgivaren ska tas bort

- ☐ Tandläkare
- ☐ Tandhygienist
- ☐ Verksamhetschef
- ☐ Styrelseledamot
- ☐ Suppleant
- ☐ Firmatecknare
- ☐ Verklig huvudman
- ☐ Delägare
- ☐ Verkställande direktör
- ☐ Bolagsman
- ☐ Enskild näringsidkare
- ☐ Annan roll:

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

☐ Alla personens roller hos vårdgivaren ska tas bort

☐ Tandläkare	☐ Suppleant	☐ Verkställande direktör
☐ Tandhygienist	☐ Firmatecknare	☐ Bolagsman
☐ Verksamhetschef	☐ Verklig huvudman	☐ Enskild näringsidkare
☐ Styrelseledamot	☐ Delägare	☐ Annan roll:

6. Behörigheter i Tandvårdsportalen som ska läggas till

Vårdgivaradministratör
Minst en person ska vara registrerad som vårdgivaradministratör i Tandvårdsportalen. Hen kan se alla mottagningar som är knutna till vårdgivaren och ändra vissa kontaktuppgifter till vårdgivaren och mottagningarna. Hen kan också söka fram uppgifter i portalen, till exempel om patienter, patientbesök eller betalningsspecifikationer. Det är bara vårdgivaradministratören som kan anmäla och ändra till vilket bankgiro tandvårdsstödet ska betalas.

Mottagningsadministratör
En mottagningsadministratör kan administrera och ändra vissa uppgifter i Tandvårdsportalen, till exempel mottagningens namn och adress. Hen kan också skicka in underlag till Försäkringskassan via portalen vid en efterhandskontroll.

Normalanvändare
En normalanvändare kan söka, lägga till och ta bort uppgifter om patientbesök, avtal om abonnemangstandvård, förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag (STB) och förhandsprövat besök. Hen kan också söka och lägga till begäran om tandvårdsbidrag (BTB avtal) och uppgifter om patienter från EU/EES eller ett konventionsland. Hen kan bara se sina egna inrapporterade besök i portalen.

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

☐ Vårdgivaradministratör

☐ Mottagningsadministratör på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren

☐ Mottagningsadministratör på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

☐ Normalanvändare på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren

☐ Normalanvändare på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

Datum för ändringen

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

☐ Vårdgivaradministratör

☐ Mottagningsadministratör på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren

☐ Mottagningsadministratör på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

☐ Normalanvändare på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren

☐ Normalanvändare på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

Datum för ändringen

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

☐ Vårdgivaradministratör

☐ Mottagningsadministratör på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren

☐ Mottagningsadministratör på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

☐ Normalanvändare på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren

☐ Normalanvändare på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

Datum för ändringen

7. Behörigheter i Tandvårdsportalen som ska tas bort

Om en eller flera personer ska tas bort lämnar du uppgifter om varje person för sig. Om personens samtliga behörigheter ska tas bort kryssar du i rutan "alla personens behörigheter hos vårdgivaren ska tas bort".

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

☐ Alla personens behörigheter hos vårdgivaren ska tas bort

☐ En eller flera av personens roller hos vårdgivaren ska tas bort:

- ☐ Vårdgivaradministratör
- ☐ Mottagningsadministratör på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren
- ☐ Mottagningsadministratör på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

- ☐ Normalanvändare på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren
- ☐ Normalanvändare på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

☐ Alla personens behörigheter hos vårdgivaren ska tas bort

☐ En eller flera av personens roller hos vårdgivaren ska tas bort:

- ☐ Vårdgivaradministratör
- ☐ Mottagningsadministratör på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren
- ☐ Mottagningsadministratör på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

- ☐ Normalanvändare på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren
- ☐ Normalanvändare på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)

Datum för ändringen

☐ Alla personens behörigheter hos vårdgivaren ska tas bort

☐ En eller flera av personens roller hos vårdgivaren ska tas bort:

- ☐ Vårdgivaradministratör
- ☐ Mottagningsadministratör på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren
- ☐ Mottagningsadministratör på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _ _

- ☐ Normalanvändare på samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren
- ☐ Normalanvändare på följande mottagningar (mottagningsnamn och klinik-id):

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _ _

_____, 3 3 3 _ _ _ _ _ _

8. Underskrift av firmatecknare eller ombud

Om ett ombud skriver under ansökan måste ni bifoga en fullmakt från registrerad firmatecknare. Om firman enligt bolagsordningen tecknas av flera personer tillsammans ska samtliga firmatecknare signera ansökan.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.

Datum	Namnteckning

Namnförtydligande	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.

Datum	Namnteckning

Namnförtydligande	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.

Datum	Namnteckning

Namnförtydligande	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

9. Vid överlåtelse. Underskrift av ny firmatecknare efter överlåtelse

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.	
Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.	
Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.	
Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Vid överlåtelse ska ni bifoga

- en generalfullmakt om överlåtelsen och ny firmatecknarna ännu inte har registrerats hos Bolagsverket
- kopia på godkänd tandläkar- eller tandhygienistlegitimation utfärdad av Socialstyrelsen.

En verksamhet som har tagits över måste ha minst en legitimerad tandläkare eller tandhygienist anställd eller anlitad för att få vara ansluten.

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

FK 7004 (016 F 001) Fastställd av Försäkringskassan