

## Vejledning når du skal søge om behandlende medhjælp §18 stk. 2

Sendes til regionen gennem:  Danske Fodterapeuter Roskildevej 163 2620 Albertslund	<b>Forbeholdt regionen</b>	
	Ydernummer	Regionsnummer
<b>Tilmelding til yderregion</b>		
Tilmeldingen til yderregionen er gyldig i 1 år. Statusændringer		

Skriv dit yder nr.

Udfyldes med alle private oplysninger på yder nr. indehaveren

### Tilladelse ønskes til at praktisere i regionen

Fodterapeutens navn	Personnummer		
Privatadresse	Telefonnummer		
Postnummer og postdistrikt	Mailadresse	Evt. medlemsnummer	
Ansøgning vedrører:			
<input type="checkbox"/> Nyetablering	<input type="checkbox"/> Overtagelse af klinik	<input type="checkbox"/> Adresseændring	<input type="checkbox"/> Andet
Hvis overtagelse, anfør afgivende kliniks navn eller ydernummer		Hvis ydernummer i anden region, anfør yderregion	

Sæt kryds i Andet

Sæt kryds i enkeltmands praksis

### Praksisoplysninger for den nye klinikindehaver

Klinikken er:			
<input type="checkbox"/> Enkeltmandspraksis	<input type="checkbox"/> Kompagniskab	<input type="checkbox"/> Anpartsselskab	<input type="checkbox"/> Samarbejdspraksis
Klinikbetegnelse			
Adresse		Hjemmebehandling	
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Postnummer og postdistrikt	Mailadresse	Etableringsdato	
<input type="checkbox"/> Aftale om brug af værksted (aftale vedlægges)	<input type="checkbox"/> Aftale om fremstilling af indlæg (aftale vedlægges)	CVR-/SE-nummer	
<input type="checkbox"/> Eget værksted			
<input type="checkbox"/> Handicapegnet adgang		<input type="checkbox"/> Handicapegnede toiletforhold	
Evt. yderligere oplysninger kan tillige anføres på blankt papir. I givet fald anfør her, om bil			

Udfyldes med klinikens oplysninger

Udfyldes med medhjælps navn

<input type="checkbox"/> Vikarsættelse jf. § 17	<input type="checkbox"/> Behandlende medhjælp, jf. § 18, stk. 1*)	<input type="checkbox"/> Behandlende medhjælp, jf. § 18, stk. 2)
Fodterapeutens navn	Personnummer	
Privatadresse	Hjemmebehandling	
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Postnummer og postdistrikt	Periode/Ansæt fra og til	

Sæt kryds her

Skal IKKE udfyldes

<input type="checkbox"/> Uden fast klinik
Dækningsområde - angiv kommune-/er

<b>Ansøger</b>	<b>Forbeholdt Danske Fodterapeuter</b>	<b>Forbeholdt regionen</b>
Dato og underskrift	Fremsendt som godkendt til regionen - dato	Fremsendes som godkendt - dato

Udfyldes med dato og underskrift