

Vejledning hvis du har brug for en vikar

| | | |
|---|--|---------------|
| Sendes til regionen gennem: | Forbeholdt regionen | |
| Danske Fodterapeuter Roskildevej 163 2620 Albertslund | Ydernummer | Regionsnummer |
| | Tilmelding til yderregionen | |
| | Tilmeldingen til yderregionen og 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 yder nr. | |

Sæt kryds i Andet

Sæt kryds i enkeltmands praksis

Praksisoplysninger for den nye klinik indehaver

| | | | |
|--|--|--|---|
| Klinikken er: | | | |
| <input type="checkbox"/> Enkeltmandspraksis | <input type="checkbox"/> Kompagniskab | <input type="checkbox"/> Anpartsselskab | <input type="checkbox"/> Samarbejdspæraksis |
| 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 bilag vedlægges. | | | |

Udfyldes med klinikens oplysninger

Udfyldes med vikarens navn

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vikaransættelse jfr. § 17 | <input type="checkbox"/> Behandlende medhjælp | <input type="checkbox"/> Behandlende medhjælp |
| 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 |
| |

| | | |
|---------------------|--|--------------------------------|
| Ansøger | Forbeholdt Danske Fodterapeuter | Forbeholdt regionen |
| Dato og underskrift | Fremsendt som godkendt til regionen - dato | Fremsendes som godkendt - dato |
| | | |

Udfyldes med dato og underskrift