

## Vejledning når du skal søge om at flytte klinik adresse

|   |  |               |
|---|--|---------------|
| <b>Sendes til regionen gennem:</b>                          | <b>Forbeholdt regionen</b>   |               |
| Danske Fodterapeuter<br>Roskildevej 163<br>2620 Albertslund | Ydernummer   | Regionsnummer |
|   | <b>Tilmelding til yderregionen</b><br>Tilmeldingen kan ske ved 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   |
| Ansøgning vedrører:<br><input type="checkbox"/> Nyetablering <input type="checkbox"/> Overtagelse af klinik <input type="checkbox"/> Adresseændring <input type="checkbox"/> Andet<br>Hvis overtagelse, anfør afgivende kliniks navn eller ydernummer    Hvis ydernummer i anden region, anfør nummer og region |               |

Sæt kryds i Adresse ændring

Sæt kryds i enkeltmands praksis

**Praxisoplysninger for den nye klinikindehaver**

Klinikken er:

Enkeltmandspraksis     Kompagniskab     Anpartsselskab     Samarbejdspraksis

Klinikbetegnelse

Adresse

Postnummer og postdistrikt

Mailadresse

Hjemmebehandling  Ja  Nej

Aftale om brug af værksted (aftale vedlægges)     Aftale om fremstilling af indlæg (aftale vedlægges)     CVR-/SE-nummer

Eget værksted

Handicapegnet adgang     Handicapegnede toiletforhold

Evt. yderligere oplysninger kan tillige anføres på blankt papir. I givet fald anfør her, om bilag vedlægges

Udfyldes med klinikkens oplysninger

Skal IKKE udfyldes

**Vikaransættelse jf. § 17**

Fodterapeutens navn

Privatadresse

Postnummer og postdistrikt

Behandlerens navn (jf. § 16, stk. 2)

Personnummer

Hjemmebehandling  Nej  Ja

Periode/Ansæt fra og til

Skal IKKE udfyldes

**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