

Vejledning når du skal have overdraget et yder nr.

Sendes til regionen gennem:	Forbeholdt regionen	
Danske Fodterapeuter Roskildevej 163 2620 Albertslund	Ydernummer	Regionsnummer
	Tilmelding til Yderregistret - Fodterapi Denne ansøgning benyttes tillige ved statusændringer	

Udfyldes med alle private oplysninger på yder nr. indehaveren

Sæt kryds i overtagelse af klinik

Tilladelse ønskes til at praktisere for regionen

Fodterapeutens navn	Regionnummer	
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

Sæt kryds i enkeltmands praksis

Praksisoplysninger for den nye klinikindehaver

Klinikken er:		
<input type="checkbox"/> Enkeltmandspraksis	<input type="checkbox"/> Kompagniskab	<input type="checkbox"/> Anpartsselskab
Klinikbetegnelse		<input type="checkbox"/> Samarbejdspraksis
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

Skal IKKE udfyldes

Vikaransættelse jf. § 17

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

Skal IKKE udfyldes

Uden fast klinik

Dækningsområde - angiv kommune/region

Udfyldes med dato og underskrift

Ansøger

Dato og underskrift

Forbeholdt Danske Fodterapeuter - Fodt...

Fremsendt som...

Forbeholdt Danske Fodterapeuter - Fodt...
