

## Vejledning når du har fået tilsagn om yder nr.

<b>Sendes til regionen gennem:</b>	<b>Forbeholdt regionen</b>	
Danske Fodterapeuter Roskildevej 163 2620 Albertslund	Ydernummer	Regionsnummer
	<b>Tilmelding til Yderregistret - Fodterapi</b> Tilmeldingen benyttes tillige ved statusændringer	

Udfyldes med alle private oplysninger på yder nr. indehaveren

Sæt kryds i Nyetablering

### Tilladelse ønskes til at praktisere for 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
Hvis overtagelse, anfør afgivende kliniks navn eller ydernummer		Hvis ydernummer i anden region

Sæt kryds i enkeltmands praksis

### Praksisoplysninger for den enkelte 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

<input type="checkbox"/> Vikaransættelse 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		

Skal IKKE udfyldes

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

Udfyldes med dato og underskrift

<b>Ansøger</b>	<b>Forbeholdt Danske Fodterapeuter - Fodterapi</b>
Dato og underskrift	Fremsendt som...