

Vejledning når du skal søge om behandlende medhjælp §18 stk. 1

Sendes til regionen gennem:	Forbeholdt regionen	
Danske Fodterapeuter Roskildevej 163 2620 Albertslund	Ydernummer	Regionsnummer
	Tilmelding til yderregionen 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	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 klinikkens indehaver

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"/> Vikaransættelse ift. § 17	<input type="checkbox"/> Behandlende medhjælp, ift. § 18, stk. 1*)	<input type="checkbox"/> Behandlende medhjælp, ift. § 18, stk. 1*)
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

Uden fast klinik

Dækningsområde - angiv kommune-/er

Ansøger

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

Udfyldes med dato og underskrift