

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

**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 <input type="checkbox"/> Andet		
Hvis overtagelse, anfør afgivende kliniks navn eller ydernummer		Hvis ydernummer i anden region, anfør nummer og region

 **Praksisoplysninger for den nye klinikindehaver**

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

<input type="checkbox"/> <b>Vikaransættelse jf. § 17</b>	<input type="checkbox"/> <b>Behandlerende medhjælp, jf. § 18, stk. 1*)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Behandlerende medhjælp, jf. § 18, stk. 2*)</b>
Fodterapeutens navn		Personnummer
Privatadresse		Hjemmebehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Postnummer og postdistrikt		Periode/Ansæt fra og til

 **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
--------------------------------

## FULDMAGT TIL REKVIRERING AF BØRNEATTEST

Undertegnede giver herved Region \_\_\_\_\_ tilladelse til at indhente børneattest jf. bekendtgørelse om behandling af personoplysninger i Det Centrale Kriminalregister.

Dato: \_\_\_\_\_

Efternavn: \_\_\_\_\_

Fornavn(e): \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_