

Region Syddanmark

Praksis
Damhaven 12
7100 Vejle

Praksisafdelingen

Mail: praksis@rsyd.dk
Telefonnr.: 7663 1000

Side 1/3

KLAGEFORMULAR

Klageformular vedrørende behandling af klage over frasigelse i medfør af Overenskomst om almen praksis §§ 16 eller 17.

Klager over frasigelser skal indbringes for Samarbejdsudvalget for almen praksis **inden 6 uger** efter, at du har modtaget sekretariatets afgørelse, jf. Overenskomst om almen praksis § 119, stk. 4.

Undertegnede:

Fulde navn:	
CPR-nummer:	
Adresse:	
Postnummer og by:	
Telefonnummer:	
Mailadresse:	
Regionens sagsnummer: (fremgår af afgørelsesbrevet)	

Ønsker at klage over frasigende alment praktiserende læge:

Lægens eller praksis navn (den frasigende):	
Adresse:	
Postnummer og by:	
Dato for afgørelsen:	

FULD MAGT

Fuldmagten skal udfyldes, hvis en anden klager på vegne af klager (patienter der er blevet frasagt):

Undertegnede giver hermed _____ fuldmagt til på mine vegne at klage over den sundhedsperson eller praksis, der er nævnt i denne klageformular.

Dato

Underskrift (patienten)

Fuldmagtshaver skal udfylde:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnummer: _____ By: _____

Telefonnummer: _____ Mail: _____

Dato

Underskrift