Landssamarbejdsudvalget for (indsæt område)

c/o Danske Regioner

Dampfærgevej 22, Postbox 2593

2100 København Ø

**Ankeskema for afgørelser truffet af det regionale samarbejdsudvalg**

Landssamarbejdsudvalget/Speciallægelandssamarbejdsudvalget (herefter LSU/SSU) fungerer som 2. instans og behandler anke af afgørelser truffet i det regionale samarbejdsudvalg.

Sekretariatsfunktionen for Landssamarbejdsudvalget er delt mellem Danske Regioner og den relevante faglige organisation. Dette betyder, at den gældende organisation udover Danske Regioner vil have adgang til og opbevare alt relevant materiale i sagen.

Dette ankeskema udfyldes og sendes til ovenstående adresse. En kopi af afgørelsen fra det regionale samarbejdsudvalg skal vedlægges som bilag.

En anke over det regionale samarbejdsudvalgs afgørelse skal af klager eller af den, der er klaget over, indsendes til LSU/SSU **senest 6 uger efter modtagelsen af afgørelsen**.

Bemærk venligst, at din anke vil blive videresendt til part(er) i sagen med henblik på partshøring samt til Samarbejdsudvalget i regionen til orientering.

Du kan læse om vores privatlivspolitik her: <https://rltn.dk/landssamarbejdsudvalg/privatlivspolitik>.

1. **Kontaktoplysninger**

*Kontaktoplysningerne skal indeholde information om den for sagen relevante kontaktperson.* ***Udfylder du ankeskemaet på vegne af en anden, skal der gives en fuldmagt (se pkt. 5)****.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Navn: |  |
|  | Adresse: |  |
|  | Telefon: |  |
|  | E-mail: |  |
|  | Region sagen er blevet behandlet i: |  |

1. **Praksisområde**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1 | Hvilket område vedrører sagen (*almen praksis*, *fysioterapi*, *fodterapi*, *tandlægehjælp*, *psykologhjælp, kiropraktik eller speciallægehjælp*) |  |

1. **Oplysninger på sagens øvrige parter**

*Hvis du er patient i en sag, bedes du oplyse navn og adresse på behandleren. Er du en behandler, der anker afgørelsen af en patientklage, bedes du oplyse navn og adresse på patienten.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1 | Patient: |  |
| 3.2 | Behandler: |  |

1. **Beskriv hvilke dele af samarbejdsudvalgets afgørelse du anker samt, hvad du ønsker at opnå (evt. på separat papir)**

|  |
| --- |
|  |

Dato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nedenstående fuldmagt skal kun udfyldes, hvis du anker samarbejdsudvalgets afgørelse på vegne af en anden.**

1. **Fuldmagt**

Undertegnede/fuldmagtsgiver giver hermed \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fuldmagt til på mine vegne at anke det regionale samarbejdsudvalgs afgørelse.

Dato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.1 Fuldmagtshavers kontaktoplysninger**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon: |  |
| Evt. e-mail: |  |

**5.2 Fuldmagtsgivers kontaktoplysninger**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon: |  |
| Evt. e-mail: |  |