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 LSU/SSU er delt mellem Danske Regioner og den relevante faglige organisation, hvorfor materiale i sagen er tilgængeligt for begge organisationer.

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**.

Med Deres underskrift på dette skema giver De samtykke til, at der til brug for LSU/SSU’s behandling af sagen kan indhentes materiale, der er blevet anvendt i det regionale samarbejdsudvalgs behandling. Endvidere giver De samtykke til, at denne anke videresendes til Samarbejdsudvalget i regionen samt til part(er) i sagen med henblik på partshøring.

1. **Kontaktoplysninger**

*Kontaktoplysningerne skal indeholde information om den for sagen relevante kontaktperson.* ***Udfylder De 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 De er patient i en sag, bedes De oplyse navn og adresse på behandleren. Er De en behandler, der anker afgørelsen af en patientklage, bedes De oplyse navn og adresse på patienten.*

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

Bemærk venligst, at De giver samtykke til, at der til brug for LSU/SSU’s behandling af sagen kan indhentes materiale, der er blevet anvendt i det regionale samarbejdsudvalgs behandling. Endvidere giver De samtykke til, at denne anke sendes til Samarbejdsudvalget i regionen samt til part(er) i sagen med henblik på partshøring.

**Nedenstående fuldmagt skal kun udfyldes, hvis De 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Fuldmagtshavers kontaktoplysninger**

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

* 1. **Fuldmagtsgivers kontaktoplysninger**

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