

Til Landssamarbejdsudvalget for (indsæt område)
Digitalt: Regioner@regioner.dk
Pr. brev: c/o Danske Regioner, Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø

Ankeskema for afgørelser truffet af det regionale samarbejdsudvalg

Landssamarbejdsudvalget/Speciallægelandsamarbejdsudvalget (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 elektronisk via sikker mail (eBoks) eller pr. brev 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 din underskrift på dette skema giver du samtykke til, at der til brug for LSU's/SSU's behandling af sagen kan indhentes materiale, der er blevet anvendt i det regionale samarbejdsudvalgs behandling. Endvidere giver du samtykke til, at denne anke videresendes til det regionale samarbejdsudvalg samt til part(er) i sagen med henblik på partshøring.

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).***

1.1	Navn:	
1.2	Adresse:	
1.3	Telefon:	
1.4	E-mail:	
1.5	CVR.nr.:	
1.6	Region sagen er blevet behandlet i:	

2. Praksisområde

2.1	Hvilket område vedrører sagen (<i>almen praksis, fysioterapi, fodterapi, tandlægehjælp, psykologhjælp, kiropraktik eller speciallægehjælp</i>)	
-----	--	--

3. 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, adresse og CPR.nr. på patienten.

3.1	Patient:	
3.2	Behandler:	

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

--

Dato _____

Underskrift _____

Bemærk venligst, at du giver samtykke til, at der til brug for LSU's/SSU's behandling af sagen kan indhentes materiale, der er blevet anvendt i det regionale samarbejdsudvalgs behandling. Endvidere giver du 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 du anker samarbejdsudvalgets afgørelse på vegne af en anden.

5. Fuldmagt

Undertegnede/fuldmagtsgiver giver hermed _____

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

Dato _____

Underskrift _____

5.1 Fuldmagtshavers kontaktoplysninger

Navn:	
CPR.nr.:	
Adresse:	
Telefon:	
Evt. e-mail:	

5.2 Fuldmagtsgivers kontaktoplysninger

Navn:	
CPR.nr.:	
Adresse:	
Telefon:	
Evt. e-mail:	

