

Melding til fastlegeregisteret

Dette skjemaet bruker kommunen for å sende inn opplysninger om fastlegeavtalen til fastlegeregisteret. Bruk blokkbokstaver når du fyller ut.

Ny fastlegeavtale Endring i eksisterende fastlegeavtale FLR-id

1. Personopplysninger om legen (hjemmelsinnehaver)

Fornavn	Etternavn
Samisktalende JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	Fødselsnummer (11 siffer)/HPR nummer
Liste uten fast lege <input type="checkbox"/>	

2. Adresseinformasjon om fastlegeavtalen

Legekontor	Organisasjonsnummer
Navn på kommune	Telefonnummer for pasientene

3. Informasjon om ny fastlegeavtale

Fastlegeavtale inngått/signert dato		Fastlegeavtale oppstart f.o.m. dato	
Legen er privatpraktiserende JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		Tilpasset bevegelseshemmede JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Med i fellesliste JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		Med i gruppepraksis JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Ny liste uten pasienter JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		Maks antall pasienter på listen	
Overført liste fra annen lege JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	Alle pasienter JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	Fra lege	F.o.m. dato
	Antall		
Overført liste fra annen lege JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	Alle pasienter JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	Fra lege	F.o.m. dato
	Antall		

4. Endring i eksisterende fastlegeavtale

Liste økes med Antall F.o.m. dato	Liste reduseres med Antall F.o.m. dato
Listen reduseres ved naturlig avgang JA <input type="checkbox"/> F.o.m. dato	Nytt maks antall pasienter
Pasientene overføres til følgende lege	FLR id Antall pasienter
Pasientene overføres til følgende lege	FLR id Antall pasienter
Låsing av liste F.o.m. dato	
Åpning av låst liste F.o.m. dato	

5. Informasjon om utekontor

Navn på utekontor	Telefonnummer for pasientene	
Besøksadresse	Postnummer	Poststed

6. Informasjon om delelistelege

Fornavn	Etternavn
Deleliste fra og med dato	Fødselsnummer

7. Underskrift på vegne av kommunen

Navn (med blokkbokstaver)	
Sted og dato	Underskrift