

Region Syddanmark

Praksis  
Damhaven 12  
7100 Vejle

Praksisafdelingen

Mail: [praksis@rsyd.dk](mailto: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:	



## FULDMAGT

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