



SKJEMA FOR LEGEOPPLYSNINGER

Skjemaet skal fylles ut av alle nye leger som ønsker å inngå avtale om direkte oppgjør med HELFO. Skjemaet kan også brukes ved innsending av endringer av tidligere innsendt dokumentasjon. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har ansvaret for administreringen av fastlegeordningen og det må i tillegg til dette skjemaet sendes eget skjema ved overtakelser av, eller registrering av **nye** fastlegelister.

1 Personopplysninger

Legens navn	Fødselsnummer (11 siffer)
Legens privatadresse	Legens mobilnummer
<input type="checkbox"/> Veiledningsavtale inngått med kommunen og sendt Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell <input type="checkbox"/> Godkjent allmennlege	

2 Opplysninger om arbeidsforholdet

Kryss av og fyll ut:

<input type="checkbox"/> Fastlege	Fra dato _____	Til dato _____
<input type="checkbox"/> Turnuslege	Fra dato _____	Til dato _____
<input type="checkbox"/> Spesialist m/driftsavtale	Fra dato _____	Til dato _____
<input type="checkbox"/> Legevakslege	Fra dato _____	Til dato _____
<input type="checkbox"/> Legevikar	Fra dato _____	Til dato _____

Vikar for: _____

3 INFORMASJON OM HOVEDPRAKSISEN

Kommunenummer	Navn på kommunen	
Navn på legekontor	Telefonnummer legepraksis	
Postadresse		
Postnummer	Poststed	

4 ANSETTELSESFORHOLD

<input type="checkbox"/> fastlønnet dagoppgjør	kommunens bankkontonummer _____
<input type="checkbox"/> privat praksis dagoppgjør	legens bankkontonummer _____
<input type="checkbox"/> fastlønnet legevakt	kommunens bankkontonummer _____
<input type="checkbox"/> privat praksis på legevakt	legens bankkontonummer _____
Navn på privat legevakt _____	
Navn på fastlønnet legevakt _____	
Navn på ev annen legevakt _____	

ELEKTRONISK UTSENDING AV UTBETALINGSVEDTAK

Mottak av utbetalingsvedtak pr.e-post krever samtykke ihht forvaltningsloven § 27. Det kan registreres inntil fire e-postadresser pr. praksis.

Jeg samtykker i at HELFO sender mine utbetalingsvedtak for registrerte praksiser til:

Praksis :	E-postadresse:
	@
	@
	@

Kan HELFO benytte e-postadressen til annen kontakt enn utbetalingsvedtak (eks beskjeder) Ja Nei

..... Sted og dato Underskrift lege
-----------------------	---------------------------

Underskrift hjemmelsinnehaver	
..... Sted og dato Underskrift hjemmelsinnehaver

I TILLEGG MÅ FØLGENDE REGISTRERES HOS HELFO FØR REFUSJONSKRAV KAN BEHANDLES.

- Kopi av autorisasjon / lisens
- Kopi av evt. spesialistkompetanse
- Underskrevet mønsteravtale eller bekreftelse på medlemskap i DNLF
- Kopi av arbeidsavtalen med kommunen

Husk å sende ev veiledningsavtale til Statens autorisasjonskontor.

Husk å søke Statens autorisasjonskontor om godkjenning som allmennlege etter 3 års veiledet tjeneste.

Retur av skjema til:

- HELFO region Oslo, Postboks 6721 Etterstad, 0609 Oslo (for leger med arbeidssted i Oslo)
- HELFO region sør Postboks 26, 4661 Kristiansand S (fylkene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder)
- HELFO region vest, Postboks 14, 4097 Sola (Rogaland)
- HELFO region vest, Postboks 6217, 5893 Bergen (fylkene Hordaland og Sogn og Fjordane og spesialister med driftstilskudd fra Helse Vest)
- HELFO region øst Fredrikstad Serviceboks 1412, 1602 Fredrikstad (fylkene Østfold og Oppland og alle spesialister med driftstilskudd)
- HELFO region øst Eidsvoll Wergelandsgate 5, 2080 Eidsvoll (fylkene Akershus og Hedmark)
- HELFO region Midt-Norge, Postboks 13, 6151 Ørsta (fylkene Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag)
- HELFO region nord, 8607 Mo i Rana (fylkene Nordland, Troms og Finnmark)