

Skjemaet kan dere enten sende via epost til [post@helfo.no](mailto:post@helfo.no), eller dere kan benytte SvarUt.

# Melding til fastlegerregisteret

Dette skjemaet skal kommunen bruke for å sende inn opplysninger om fastlegeavtalen (ikke vikariat) til Helfo. Bruk blokkbokstaver når dere fyller ut.

Ny fastlegeavtale

Endring i eksisterende fastlegeavtale

FLR-id

## 1. Personopplysninger om legen (hjemmelsinnehaver)

Fornavn	Etternavn
Samisktalende JA NEI	HPR-nummer
Liste uten fast lege	

## 2. Adresseinformasjon om fastlegeavtalen

Legekantor	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 NEI	Tilpasset bevegelseshemmede JA NEI		
Med i fellesliste JA NEI	Med i gruppepraksis JA NEI		
Ny liste uten pasienter JA NEI	Maks antall pasienter på listen		
Overført liste fra annen lege JA NEI	Alle pasienter JA NEI	Fra lege	F.o.m. dato
	Antall		
Overført liste fra annen lege JA NEI	Alle pasienter JA NEI	Fra lege	F.o.m. dato
	Antall		

#### 4. Kryss av for riktig alternativ for fastlegen

Spesialist i allmennmedisin eller godkjent allmennlege (Se Helsepersonellregisteret)  
Under spesialisering for å bli spesialist i allmennmedisin  
(Kommunen har et opplegg for spesialiseringsløpet)  
Under veiledning og veiledningsavtalen er inngått før 1. mars 2017  
(I henhold til forskrift om veiledet tjeneste)  
I fastlegestilling 31. desember 2005  
I fastlegestilling 1. mars 2017

#### 5. Endring i eksisterende fastlegeavtale

Liste økes med	Liste reduseres med
Antall F.o.m. dato	Antall F.o.m. dato
Listen reduseres ved naturlig avgang	Nytt maks antall pasienter
JA F.o.m. dato	
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	Skal eventuell venteliste slettes JA NEI
Åpning av låst liste F.o.m. dato	

#### 6. Informasjon om utekontor

Navn på utekontor	Telefonnummer for pasientene	
Besøksadresse	Postnummer	Poststed

#### 7. Informasjon om delelistelege

Fornavn	Etternavn
Deleliste fra og med dato	HPR-nummer

#### 8. Underskrift på vegne av kommunen

Navn (med blokkbokstaver)	
Sted og dato	Underskrift