

## Søknad om sykehjelp

### SØKNADSRIST

Seks måneder fra første fraværsdag. Ved innkommet søknad senere enn fristen, tilstås ytelse kun seks måneder tilbake i tid fra søknaden er mottatt.

#### Opplysninger om søkeren

Søkerens navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Fødselsnummer \_\_\_\_\_

Autorisasjonsdato \_\_\_\_\_

Kontonr. stønaden ønskes overført til: \_\_\_\_\_

Skattekommune \_\_\_\_\_

Har du vært medlem av folketrygden i over tre år? Ja  Nei

#### Opplysninger om søkerens yrkesform

	Hovedstilling	Bi-stilling
Fastlege		
<b>Vikar</b> for fastlege		
Allmennpraktiserende lege uten driftsavtale		
Privatpraktiserende spesialist med driftsavtale		
<b>Vikar</b> for privatpraktiserende spesialist		
Privatpraktiserende spesialist uten driftsavtale		
Sykehuslege		
Annen offentlig legestilling		
Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)		

Oppgi ev. spesialitet \_\_\_\_\_

**For deg som er vikar, besvar følgende (og vedlegg vikaravtale):**

- Når startet vikariatet? \_\_\_\_\_

- Når opphører vikariatet? \_\_\_\_\_

#### Opplysninger om virksomheten søknaden gjelder

Praksisens organisering og eierskap: Sett ett kryss under kolonnen *Avkrysning* for hvilken driftsform som passer for din virksomhet.

**Vikar må krysse av som innehaver. Har innehaver f.eks. driftsavtale, skal vikaren krysse av for det.**

ORGANISERING	Avkrysning	
	Jeg har driftsavtale	Jeg har ikke driftsavtale
<b>Personlig næringsdrivende</b>		
Jeg driver solopraksis eller er deltaker i gruppepraksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er tilknyttet annen juridisk person (aksjeselskap, ansvarlig selskap m.m.) Nærmere om kriterier for retten til ytelsene – se under denne tabellen og besvar om kriteriene er oppfylt	*	*
- Pasientene er mine kunder. Jeg innkrever alle inntekter og disse føres i mitt nærings skjema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pasientene er den andre juridiske personens kunder. Denne innkrever inntektene og honorerer meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeidstaker</b>		
Jeg er ansatt i mitt heleide selskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompaniaksjeselskap – jeg er ansatt i selskap sammen med bare andre praktiserende leger. Alle er aktive eiere. Min eierandel i selskapet svarer til min respektive andel av selskapets omsetning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ansatt i aksjeselskap som eies helt eller delvis av andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**\*Dersom legen er tilknyttet annen juridisk person (ref. tabellen over), må kriteriene under være oppfylt i skriftlig avtale med den juridiske person for at medlemmet vurderes å ha selvråderett som næringsdrivende, og derved å ha rett til sykehjelp:**

Er kriteriene oppfylt?

**Ja** **Nei**

1. Pasienten må være medlemmets kunde, ikke den juridiske personens. Dette må synliggjøres ved at alle praksisinntekter tilkommer legen.
2. Medlemmet kan ikke være underlagt den juridiske personens instruksjonsmyndighet.
3. Den juridiske personen kan ikke påvirke medlemmets helsetjenestetilbud.
4. Medlemmets tjenester skal ikke framgå som en underlagt del av den juridiske personens helsetjenestetilbud.
5. Medlemmet skal være tilknyttet den juridiske person som kunde der medlemmet leier lokaler og/eller ev. kjøper spesifiserte hjelpetjenester.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse kriterier gjelder ikke for vikaravtaler der praksisinnhaver som juridisk person ivaretar sine interesser i egen praksis i forhold til vikaren.

## Opplysninger i relasjon til fraværet

Når inntrådte arbeidsuførheten? \_\_\_\_\_

Er du tidligere behandlet for sykdom av samme art eller årsak? Ja  Nei  Når? \_\_\_\_\_

Jeg venter å kunne gjenoppta mitt vanlige arbeid fra \_\_\_\_\_ Jeg er friskmeldt fra \_\_\_\_\_

Hva er sykdomsdiagnosen? \_\_\_\_\_

Har du rett til sykepenger fra Nav? Ja  Nei

Vikarordning:

Kollegial vikardekning

Egen vikar

Annen vikarordning

Ikke vikar

Periode(r)

Beskriv: \_\_\_\_\_

Er du ansvarlig for praksisens driftsutgifter under sykefraværet? Ja  Nei

Hvor mye betaler evt. vikar per måned under sykefraværet? \_\_\_\_\_ kr./mnd.

**For fastleger:** Hva utgjorde basisgodtgjørelsen den måned fraværet startet? \_\_\_\_\_

**For spesialister:** Hvor lenge opprettholdes driftstilskuddet fra helseforetaket? \_\_\_\_\_

## Opplysninger om inntekt/beregningsgrunnlag for ytelsen seneste kalenderår før arbeidsuførheten inntrådte

Se eget skjema på side 4 som skal bekreftes av regnskapsfører.

Dersom praksisen har endret seg slik at inntektsforholdene seneste kalenderår ikke har gyldighet for det aktuelle fraværet, eller du ikke hadde drevet ett kalenderår før du gikk ut i permisjon, må inntektene for lengst mulig periode forut for permisjonen beskrives og dokumenteres, se vedlegg pkt. 4.



Sykehjelps- og  
pensjonsordningen for leger

**Følgende vedlegg må følge søknaden: Uten disse vedlegg vil ikke søknaden bli behandlet!**

1. Alminnelig næringsoppgave
2. For aksjeselskaper: Revisorbekreftet årsberetning og regnskap med noter
3. Personlig selvangivelse
4. Skjema for rapportering av beregningsgrunnlag
5. Legeerklæring på SOPs blankett, utfylt av sykmeldende lege (se side 4)
6. Vikaravtale (avtale med lege/leger som ivaretar din funksjon under fraværet)
7. Kopi av bilag for utbetalt basisgodtgjørelse/driftstilskudd den måned sykefraværet startet
8. Kopi av individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordningen eller avtale om spesialistpraksis med regionalt helseforetak
9. Dersom du selv er vikar må du legge ved avtale med praksisinnehaver

I tillegg: Eventuelle relevante avtaler som dokumenterer relasjoner med andre leger, myndigheter, institusjoner, selskaper osv.

**Denne søknaden må være fullstendig utfylt. Ufullstendig utfylte søknader vil bli returnert. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan få konsekvenser for retten til ytelsene.**

Vi gjør oppmerksom på at du ved å undertegne denne søknaden,  
gir samtykke til at opplysningene i anonymisert form kan benyttes i forskningsøyemed.

**Sted** \_\_\_\_\_ **Dato** \_\_\_\_\_ **Underskrift** \_\_\_\_\_

**Søknad med vedlegg sendes til:** SOP, c/o Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 OSLO  
**Kontaktinformasjon:** e-post: [sop@legeforeningen.no](mailto:sop@legeforeningen.no), tel: 23 10 90 00, [www.sop.no](http://www.sop.no)

## Legeerklæring

1. Navn _____	2. Fødselsnummer (11 siffer) _____															
3. Sykdomsdiagnose: _____																
4. Har søkeren tidligere lidt av samme sykdom?    Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>  I tilfelle når? _____																
5. Tidspunkt for første konsultasjon: _____																
6. Søkeren har vært arbeidsufør i sin private legepraksis i følgende tidsrom (angi grad av arbeidsuførhet):																
<table border="1"><thead><tr><th>Arbeidsufør %</th><th>Fra dato</th><th>Til dato</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____ %</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____ %</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____ %</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____ %</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>		Arbeidsufør %	Fra dato	Til dato	_____ %	_____	_____	_____ %	_____	_____	_____ %	_____	_____	_____ %	_____	_____
Arbeidsufør %	Fra dato	Til dato														
_____ %	_____	_____														
_____ %	_____	_____														
_____ %	_____	_____														
_____ %	_____	_____														
7. Friskmeldt dato: _____																
8. Hvis ikke friskmeldt, arbeidsuførhetens sannsynlige varighet: _____																
9. Spesielle opplysninger: _____ _____																
_____	_____	_____														
Sted	Dato	Sykmeldende leges underskrift														



Sykehjelps- og  
pensjonsordningen for leger

## Skjema for rapportering av beregningsgrunnlag ved søknad om avbruddsytelser for

Navn: \_\_\_\_\_

Inntektsår: \_\_\_\_\_

**Dersom det ikke foreligger et helt driftsår forut for avbruddet, spesifiser inntektsperiode:**

f.o.m. \_\_\_\_\_ t.o.m. \_\_\_\_\_

samt oppgi eventuelle fraværperioder innenfor dette tidsrommet (ferie/kurs): f.o.m. \_\_\_\_\_ t.o.m. \_\_\_\_\_

### **Inntekter fra kurativ praksis**

Driftsinntekter i søkers kurative virksomhet året før fraværet fra praksis

Basisgodtgjørelse (fastleger) \_\_\_\_\_

Driftstilskudd (avtalespesialister) \_\_\_\_\_

Trygderefusjoner \_\_\_\_\_

Praksiskompensasjon \_\_\_\_\_

Egenandeler/attester/legeerklæringer m.m. \_\_\_\_\_

Honorar fra veiledning/tillitsvalgtarbeid \_\_\_\_\_

**Sum** \_\_\_\_\_

### Øvrige inntekter:

Legevakt: trygderefusjoner og egenandeler \_\_\_\_\_

Honorar fra pålagt allmenmedisinsk offentlig legearbeid \_\_\_\_\_

Annet \_\_\_\_\_

**Sum** \_\_\_\_\_

### **Sum driftsinntekter**

(Gjenfinnes i alminnelig næringsoppgave) \_\_\_\_\_

### **Utgifter**

Sum praksisrelaterte driftskostnader  
(for leger ansatt i eget AS skal lønn holdes utenfor) \_\_\_\_\_

Ev. lønn for leger ansatt i eget AS \_\_\_\_\_

Andre ikke-praksisrelaterte driftskostnader \_\_\_\_\_

### **Sum driftskostnader**

(Gjenfinnes i alminnelig næringsoppgave) \_\_\_\_\_

**Lønn fra arbeidstakerstilling per år:** \_\_\_\_\_

### **Attestasjon**

Sted \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

*Stempel som bekrefter at den som har attestert er autorisert regnskapsfører eller revisor er påkrevet*