

ANSÖKAN OM SÄRSKILT ARVODE

PERSONUPPGIFTER

Tilltalsnamn och efternamn	Personnummer	Telefonnummer
Mottagningsadress	Postnummer	Postadress
Utbildningsbevis för fysioterapiexamen utfärdat datum (åååå-mm-dd)	E-post	

ANSÖKAN OM ATT FÅ TILLÄMPA SÄRSKILT ARVODE

Ansökan avser åtgärd(er) enligt förordningen om ersättning för fysioterapi

☐ 111 Psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem	☐ 121 Sjukdomar eller skador i andningsorganen eller i cirkulationssystemet	
☐ 131 Sjukdomar eller skador i nervsystemet	☐ 141 Smärttillstånd eller funktionshinder på grund av reumatisk sjukdom	☐ 151 Skador eller sjukdomar i rörelsesystemet
☐ 161 Barn och ungdomar med funktionshinder eller sjukdom	☐ 171 Äldre med åldersrelaterade fysiska eller psykiska funktionshinder	

YRKESERFARENHET (Omfattning av yrkeserfarenhet de senaste fem åren inom resp. område ska framgå av intyg).

Åtgärd nr	Specifikation	Bilaga nr

MERITFÖRTECKNING UTBILDNING (Kurser understigande en vecka och som inte ingår i en längre sammanhållen utbildning beaktas inte och behöver därför inte redovisas/bifogas vid ansökan)

Åtgärd nr	Specifikation	Bilaga nr

Datum

Namnteckning.....

(Fortsättning från föregående sida)

Åtgärd nr	Specifikation	Bilaga nr

Alla efterfrågade uppgifter måste fyllas i. Glöm inte att ange åtgärdsnummer som ansökan avser.

Datum Namnteckning.....

Insändes till Region Kronoberg, Kundvalsenheten/Privata vårdgivare, 351 85 Växjö

Ansökan med bilagor viktas mot **Vägledning för bedömning av särskilt arvode** (www.fysioterapeuterna.se) samt **7§ och 8§ i Förordning 1994:1 120 om ersättning för fysioterapi**.

Region Kronobergs beslut

☐ Ansökan enligt ovan bifalls		Gäller fr. o m
☐ Ansökan avslås		
Datum	Region Kronobergs stämpel och underskrift	Ankomstdatum