

Ändringsanmälan behandlare Psykoterapi



Reviderat: 2026-01-30

Diarienummer:

Blanketten ska vara datorifylld, handskriven blankett returneras. Anmälan avser Vårdavtal enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem för Psykoterapi.

Har du frågor kontakta Vårdgivarsservice på telefonnummer 040-623 90 00 eller via formulär på <https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivarsservice/>.

Del 1 – Aktuella basuppgifter

Avtalspart (företag)

Företagsnamn:

Avtalspart-ID:

Organisationsnummer (tio siffror):

Utdelningsadress:

Postnummer och ort:

Verksamhetschef

För- och efternamn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Mottagning (besöksadress för patienter)

Mottagningsnamn:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Del 2 – Ändringsanmälan

Ange vad ändringen gäller genom att markera kryssrutan. Fyll därefter i uppgifter i tillhörande block.

- | | |
|---|--|
| ☐ Ny behandlare (anställd) | ☐ Ny behandlare hos |
| ☐ Avsluta behandlare | underleverantör |

Ny behandlare (anställd)

För- och efternamn:

Personnummer:

Planeras från och med (åååå-mm-dd):

Avsluta behandlare

För- och efternamn:

Datum för avslut (åååå-mm-dd):

Ny behandlare hos underleverantör

Avtal med underleverantör ska bifogas i ansökan.

Ny behandlare:

Personnummer:

Planeras från och med (åååå-mm-dd):

Behandlingsform

Ange vilken behandlingsform ändringen gäller. Bifoga begärd dokumentation enligt nedan. För mer information om kompetenskrav, se Förfrågningsunderlag.

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| ☐ IPT | ☐ PDT |
| ☐ KBT | ☐ PTSD |

KBT

- ☐ Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning.
- ☐ Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning.
- ☐ Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis psykologutbildning + utbildningsbevis motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi (steg 1).

PTSD

- ☐ Diagnosen PTSD kan enbart omhändertas inom behandlingsform KBT. Behandlare som tar emot patient med PTSD ska inneha tilläggsutbildning i traumafokuserad KBT (kompetenshandling för tilläggsutbildning behöver ej insändas till Region Skåne).

IPT

- ☐ Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med beteendeterapeutisk inriktning alternativt psykodynamisk inriktning + intyg utbildning interpersonell psykoterapi motsvarande nivå B.
- ☐ Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis + intyg utbildning i interpersonell psykoterapi motsvarande nivå B.
- ☐ Annan legitimationsgrundande utbildning: kopia på legitimationsbevis + examensbevis + intyg utbildning i interpersonell psykoterapi motsvarande nivå B.
- ☐ Socionom: examensbevis + intyg utbildning i interpersonell psykoterapi motsvarande nivå B.

PDT

- ☐ Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med psykodynamisk inriktning.
- ☐ Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med psykodynamisk inriktning.

Övriga kommentarer och upplysningar:

--

Underskrift behörig firmatecknare

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Ändringsanmälan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 60 dagar före planerad ändring. Ändringen börjar alltid gälla första vardagen i en kalendermånad efter komplett och av Uppdragsgivaren godkänd ändringsanmälan.

Skickas till: Region Skåne, 291 89 Kristianstad

Ifylls av Uppdragsgivare

Godkänd för:

Avslag för:

Underskrift uppdragsgivare

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------