

# ÄNDRINGSANMÄLAN FÖR BEHANDLARE INOM MMS

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Fyll i blåmarkerade fält.

Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX. Kryssrutorna kan markeras med musen.



Anmälan avser:

MMS team

KBT kort

AVTALSPART		Avtalsparts nr eller Enhetsbeteckning
Företagets/personens fullständiga namn		Organisations nr/Personnr
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
E-postadress till funktionsbrevlåda		
Verksamhetschef	Telefonnummer	E-postadress
Namn		

Kompetensbevis ska bifogas: Kryssa för valt alternativ:

## MMS TEAM:

- Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis
- Psykolog: kopia på legitimaionsbevis + examensbevis
- Legitimationsgrundande utbildning: kopia på legitimationsbevis + examensbevis
- Socionom: examensbevis
- Läkare: kopia på legitimationsbevis för leg. läkare och specialistutbildning
- Psykolog: kopia på legitimationsbevis + särskilt intyg för specialistutbildning i klinisk psykologi med inriktning psykodynamisk behandling

## KBT kort

- Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med kognitiv inriktning alternativt examensbevis med psykodynamisk inriktning + särskilt intyg motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi + handledarintyg
- Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis i vilket kognitiv inriktning framgår alternativt särskilt intyg motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi + handledarintyg
- Annan legitimationsgrundande utbildning: kopia på legitimationsbevis + särskilt intyg motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi + handledarintyg
- Socionom: examensbevis + särskilt intyg motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi + handledarintyg

## AVSLUTA BEHANDLARE

Namn
Datum för avslut
Övriga upplysningar

.....  
Datum

.....  
Underskrift av behörig firmatecknare hos avtalsparten

Namnförtydligande

**Undertecknad blankett skickas till:  
Diariet, Rådhuset,  
291 89 Kristianstad Märk kuvertet: MMS**

Region Skånes underskrift		
..... Datum	..... Underskrift	..... Godkänd för / avslag för: