

# ÄNDRINGSANMÄLAN FÖR BEHANDLARE INOM PSYKOTERAPI

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:

KBT kort

KBT lång

IPT kort

PDT lång

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

NY BEHANDLARE (anställd)  Ny behandlare hos underleverantör. Avtal skickas med.

Namn

Kompetensbevis ska bifogas. Kryssa för valt alternativ.

### **KBT kort**

- Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning alternativt examensbevis med psykodynamisk inriktning + särskilt intyg motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi (steg 1)
- Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis i vilket kognitiv beteendeterapeutisk inriktning framgår + aktuellt handledarintyg
- Annan legitimationsgrundande utbildning: + kopia på legitimationsbevis + särskilt intyg motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi (steg 1) + aktuellt handledarintyg
- Socionom: examensbevis + särskilt intyg motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi (steg 1) + aktuellt handledarintyg

### **KBT lång**

- Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning
- Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning + aktuellt handledarintyg

### **IPT kort**

- Legitimationsgrundande utbildning: kopia på legitimationsbevis + särskilt intyg IPT, nivå B
- Socionom: examensbevis + särskilt intyg IPT, nivå B

### **PDT lång**

- Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med psykodynamisk inriktning
- Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med psykodynamisk inriktning + aktuellt 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: Psykoterapi**

Region Skånes underskrift		
..... Datum	..... Godkänd för/avslag (Strateg undertecknar)	..... Registrerat av VGS (även avslut)