ANSÖKAN SÄRSKILT ARVODE

Ofullständig ansökan behandlas ej! Tjänstgöring och utbildning/kurser ska styrkas med intyg.

PERSONUPPGIFTER

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Postadress
Verksam vid mottagning		Avtalspart
E-postadress		
Utbildningsbevis för sjukgymnast/fysioterapeutexamen utfärdat datum (åååå-mm-dd)		Telefonnummer:

ANSÖKAN ATT FÅ TILLÄMPA SÄRSKILT ARVODE

Ansökan avser följande åtgärd(er) enligt förordning om ersättning för fysioterapi (markera med kryss):

☐ **51** Psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem

☐ **52** Skador i andningsorganen eller cirkulationssystemet

☐ **54** Sjukdomar eller skador i nervsystemet

☐ **55** Smärttillstånd eller funktionshinder på grund av reumatisk sjukdom

☐ **56** Skador eller sjukdomar i rörelsesystemet

☐ **57** Barn och ungdomar med funktionshinder eller sjukdom

☐ **58** Äldre med åldersrelaterade fysiska eller psykiska funktionshinder

YRKESERFARENHET (Omfattningen av yrkeserfarenhet de senaste fem åren inom resp. område ska framgå av intyg. Minst två års heltidsarbete krävs per åtgärd.)

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	

(Fortsättning från föregående sida)

Åtgärd nr	Specifikation	Bilaga nr	

……

Datum (åååå-mm-dd) Namnteckning

Tjänstgöring och utbildning/kurser ska styrkas med intyg.
Samtliga efterfrågade uppgifter måste vara ifyllda.

Ansökan ska vara komplett med samtliga underlag och uppgifter för att bedömning ska genomföras!

Beslut om rätt att debitera särskilt arvode fattas av Enheten för uppdragsstyrning.

Adress:
Region Skåne
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning
291 89 Kristianstad