

ÄNDRINGSANMÄLAN INOM PSYKOTERAPI

- Behandlare
 PTSD

Fyll i blanketten med hjälp av datorn. Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX. Kryssrutorna kan markeras med musen.



Anmälan avser: <input type="checkbox"/> KBT <input type="checkbox"/> IPT <input type="checkbox"/> PDT		
AVTALSPART		Avtalspart eller enhetsbeteckning
Företagets fullständiga namn		Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-postadress		
Namn på verksamhetschef	Telefonnummer till verksamhetschef	E-postadress till verksamhetschef
<input type="checkbox"/> Ny behandlare (anställd)		<input type="checkbox"/> Ny behandlare hos underleverantör, avtal bifogas
Namn		
Personnummer	Planerat startdatum (för behandlaren)	
Kryssa för vald behandlingsform och kompetens, bifoga begärd dokumentation enligt nedan. För information om kompetenskrav, se Förfrågningsunderlag.		
KBT		
<input type="checkbox"/> Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning		
<input type="checkbox"/> Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning + aktuellt handledarintyg		
<input type="checkbox"/> Psykolog: Kopia på legitimationsbevis + examensbevis psykologutbildning + utbildningsbevis motsvarande 45 hp i kognitiv beteendeterapi (steg 1) + aktuellt handledarintyg.		
IPT		
<input type="checkbox"/> Psykoterapeut/Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med beteendeterapeutisk inriktning alternativt psykodynamisk inriktning + intyg interpersonell psykoterapi motsvarande nivå B		
<input type="checkbox"/> Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis + intyg i interpersonell psykoterapi motsvarande nivå B + aktuellt handledarintyg		
<input type="checkbox"/> Annan legitimationsgrundande utbildning: kopia på legitimationsbevis + examensbevis + intyg i interpersonell psykoterapi motsvarande nivå B		
<input type="checkbox"/> Socionom: examensbevis + intyg i interpersonell psykoterapi motsvarande nivå B		
PDT		
<input type="checkbox"/> Psykoterapeut: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med psykodynamisk inriktning		
<input type="checkbox"/> Psykolog: kopia på legitimationsbevis + examensbevis med psykodynamisk inriktning + aktuellt handledarintyg		
<input type="checkbox"/> Avslutad behandlare		
Namn på behandlare	Datum för avslut	
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).		
PTSD startdatum	PTSD datum för avslut	

Datum

Underskrift behörig firmatecknare

Namnförtydligande behörig firmatecknare

Godkänd för

Avslag för

Godkänt avslut

Datum

Underskrift uppdragsgivare

Namnförtydligande uppdragsgivaren

Undertecknad blankett skickas till: **Region Skåne, 291 89 Kristianstad**