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		
Utbildningsbevis för sjukgymnast/fysioterapeutexamen utfärdat datum (åååå-mm-dd)		

ANSÖKAN ATT FÅ TILLÄMPA SÄRSKILT ARVODE

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

☐ Psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem	☐ Skador i andningsorganen eller cirkulationssystemet	☐ Sjukdomar eller skador i nervsystemet
☐ Smärttillstånd eller funktionshinder på grund av reumatisk sjukdom	☐ Skador eller sjukdomar i rörelsesystemet	☐ Barn och ungdomar med funktionshinder eller sjukdom
☐ 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	

Tjänstgöring och utbildning/kurser ska styrkas med intyg.

Alla efterfrågade uppgifter måste fyllas i.

Beslut om rätt att debitera särskilt arvode fattas av Region Dalarna, Vårdval Primärvård

Adress:
Region Dalarna
Vårdval Primärvård
Box 712
791 29 FALUN
Du kan även maila ifylld blankett till: vardval.primarvard@regiondalarna.se

…… ……

Datum (åååå-mm-dd) Namnteckning