

Tjänstgöring och utbildning ska styrkas med kopior på intyg. Kopiorna på intygen ska vara vidimerade vilket innebär att någon annan intygar med sitt namn, namnteckning och telefonnummer att kopiorna överensstämmer med originalen.

Personuppgifter

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

Ansökan att få tillämpa särskilt arvode

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

<input type="checkbox"/> 51 Psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem	<input type="checkbox"/> 52 Skador i andningsorganen eller cirkulationssystemet	<input type="checkbox"/> 54 Sjukdomar eller skador i nervsystemet	<input type="checkbox"/> 55 Smärttillstånd eller funktionshinder på grund av reumatisk sjukdom
<input type="checkbox"/> 56 Skador eller sjukdomar i rörelsesystemet	<input type="checkbox"/> 57 Barn och ungdomar med funktionshinder eller sjukdom	<input type="checkbox"/> 58 Äldre med åldersrelaterade fysiska eller psykiska funktionshinder	

Yrkeseferenhet

(Omfattningen av yrkeseferenhet 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	

