

**1. Uppgifter om verksamheten**

Mottagningens namn	
Sökandes namn	Personnummer
Mottagningsadress	Postnummer    Ort
Sökandes e-post	Sökandes telefon

**2. Ansökan om att få tillämpa särskilt arvode**

Ansökan avser följande åtgärd enligt förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (markera med X)

- 1. Psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem
- 2. Sjukdomar eller skador i andningsorganen eller i cirkulationssystemet
- 3. Sjukdomar eller skador i nervsystemet
- 4. Smärttillstånd eller funktionshinder på grund av reumatisk sjukdom
- 5. Skador eller sjukdomar i rörelsesystemet
- 6. Barn och ungdomar med funktionshinder eller sjukdom
- 7. Äldre med åldersrelaterade fysiska eller psykiska funktionshinder

**3. Yrkeserfarenhet**

**Grundkrav – klinisk kompetens:** Utöver teorikraven krävs yrkeserfarenhet motsvarande minst två års heltidsarbete som fysioterapeut inom för åtgärden adekvat område under de senaste fem åren. De skriftliga intygen skall vara utfärdade av antingen verksamhetschef vid grupp-mottagning eller från samverkande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den sökande ska ange omfattning av tjänstgöringsgrad i heltid (till exempel sex månaders halvtidstjänstgöring blir tre månaders heltidstjänstgöring).

Specifikation, yrkeserfarenhet	Bilaga nr:

#### 4. Meritförteckning

Ansökan ska innehålla:

- ✓ Legitimation
- ✓ Meritförteckning (sammanställning av teoretisk och klinisk kompetens)
- ✓ Vidimerat och aktuell LADOK-utdrag
- ✓ Vidimerade kopior av betyg och intyg

Specifikation, meritförteckning	Bilaga nr:

Intyg och betyg på annat språk än svenska ska vara översatta till svenska. Om du vill åberopa något som inte tydligt framgår av betyg och intyg ska den sökande komplettera med kursplan, motivering etc.

Datum

Underskrift

**Ifylld och underskriven blankett tillsammans med vidimerade kopior skickas till:**

Region Västerbotten

901 89 Umeå

eller e-post: [diariet@regionvasterbotten.se](mailto:diariet@regionvasterbotten.se)