

UPPLYSNINGAR

Enligt förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi framgår av 3§ vilka krav som ställs på en verksamhet för att ersättning ska utgå enligt arvodeskategori B.

”3 § Normalarvode och reducerat normalarvode lämnas enligt arvodeskategori A eller arvodeskategori B. Arvodeskategori B avser ensampraktiserande eller samverkande fysioterapeuter med assisterande personal, flera behandlingsrum och kvalificerad utrustning. Arvodeskategori A avser övriga fysioterapeuter.”

Fysioterapeuten ska till regionen anmäla vilken arvodeskategori som gäller för verksamheten. Ändring ska anmälas minst sex månader innan den börjar gälla.

ANMÄLAN OM ARVODESKATEGORI



Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn.

PERSONUPPGIFTER

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
Mottagningsadress	Postnummer	Postadress

ANMÄLAN ARVODESKATEGORI

Jag avser att bedriva min verksamhet enligt arvodeskategori:* <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Fr.o.m. (åååå-mm-dd)
---	----------------------

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Jag åtar mig härmed att följa bestämmelserna i lag och förordning om ersättning för fysioterapi.

Datum
(åååå-mm-dd)

.....
Namnteckning

Insändes till:

Region Kalmar län
Regionstab, Samordning
hälso- och sjukvård
Box 601
391 26 Kalmar

* Vid ändring från A till B - fyll i blanketten "Utredning om arvodeskategori".

UTREDNING OM ARVODESKATEGORI

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn

PERSONUPPGIFTER

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
Mottagningsadress	Postnummer	Postadress

ASSISTERANDE PERSONAL VID MOTTAGNINGEN MED FAST ANSTÄLLNING

Antal	Tjänstebenämning	Tim/vecka	Arbetsuppgifter

ASSISTERANDE PERSONAL VID MOTTAGNINGEN UTAN FAST ANSTÄLLNING

Antal	Tjänstebenämning och anställningsform	Tim/vecka	Anställd t o m	Arbetsuppgifter

UPPGIFTER OM MOTTAGNINGEN

Antal fysioterapeuter som är verksamma vid mottagningen	Antal behandlingsrum	Total lokalyta i kvm, behandlingsrum
---	----------------------	--------------------------------------

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

--

Datum
(åååå-mm-dd)

.....
Namnteckning

Tel dagtid

Insändes till:

Region Kalmar län
Regionstab, Samordning
hälso- och sjukvård
Box 601
391 26 Kalmar