

Ofullständig ansökan behandlas ej. Tjänstgöring och utbildning/kurser ska styrkas med intyg.



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

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		

Åtgärd nr	Specifikation	Bilaga nr	

[illegible]

(Fortsättning från föregående sida)

[illegible]

Tjänstgöring och utbildning/kurser ska styrkas med intyg.

Alla efterfrågade uppgifter måste fyllas i.

Beslut om rätt att debitera särskilt arvode fattas av Regionstab, Samordning hälso- och sjukvård.

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

.....
Datum (åååå-mm-dd)

Namn: _____

Namnsteckning