

 De bilagor som nämns på sida 4 ska fogas till blanketten.

**1. Terapeutens personuppgifter**Personbeteckning  Efternamn och förnamn **2. Terapeutens adress- och kontaktuppgifter**

Postadress (adress dit FPA skickar post som gäller terapin)

Postnummer  Postanstalt 

Mottagningens besöksadress och telefonnummer, om uppgifterna visas i e-tjänsten för sökning av serviceproducent. Se punkt 7.

Mottagningens besöksadress 1

Postnummer  Postanstalt 

Annan kommun där terapeuten har mottagning 2

Postnummer  Postanstalt 

Annan kommun där terapeuten har mottagning 3

Postnummer  Postanstalt Telefonnummer för kunder Webbplatsens adress E-postadress Telefonnummer för FPA (visas inte i e-tjänsten för sökning av serviceproducent)

### 3. Uppgifter om företagsverksamheten

---

Jag är självständig yrkesutövare.

Företagets namn och bolagsform

FO-nummer

Postadress (adress dit post som gäller redovisningar skickas)

Postnummer

Postanstalt

Besöksadress

Postnummer


Postanstalt

Telefonnummer

E-postadress

### 4. Uppgifter om faktureraren

---

 Uppgifterna fylls i endast om faktureraren är någon annan än terapeuten själv eller det företag som anges under punkt 3.

Namn

FO-nummer

Adress

Postnummer

Postanstalt

Telefonnummer

E-postadress

### 5. Uppgifter om terapin

---

Terapiform

Terapislag

Målgrupp

Psykoterapi

Individuell terapi

Personer i åldern 16–25 år

Musikterapi

Gruppterapi

Personer över 26 år

Neuropsykologisk rehabilitering

Familjeterapi

Bildkonstterapi

Parpsykoterapi

### 6. Utbildning

---

Examen, studieplats och år (Bilaga 1)

Examen inom social- och hälsovård

Senaste yrkesexamen

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) har beviljat rätt att använda yrkesbeteckningen psykoterapeut (Bilaga 2).

Datum för Valviras beslut \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Terapiutbildning och anordnare

Utbildningstid

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Terapiutbildning, inriktning

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psykoanalytisk terapi     | <input type="checkbox"/> Psykodynamisk terapi     | <input type="checkbox"/> Gestaltterapi             |
| <input type="checkbox"/> Kognitiv-analytisk terapi | <input type="checkbox"/> Lösningssinriktad terapi | <input type="checkbox"/> Kris- och traumaterapi    |
| <input type="checkbox"/> Integrerad terapi         | <input type="checkbox"/> Familjeterapi            | <input type="checkbox"/> Annan inriktning; vilken? |
| <input type="checkbox"/> Parpsykoterapi            | <input type="checkbox"/> Kognitiv terapi          |  |

Språkkunskaper; färdighet att ge rehabilitering på annat språk än svenska, vilket?

Kommunikationsmetoder

- |                                     |                                      |  |   |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stödtecken | <input type="checkbox"/> Teckenspråk | <input type="checkbox"/> Grafiska symboler | <input type="checkbox"/> Annan metod; vilken? |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|---|

Påbyggnadsutbildning och fortbildning som anknyter till terapiutbildningen (utbildning som varar över 6 månader) (Bilaga 5).

1–2 års parterapiutbildning

Utbildningstid

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## 7. E-tjänst för sökning av serviceproducent

Uppgifter som visas i e-tjänsten för sökning av serviceproducent ([www.fpa.fi/sokserviceproducent](http://www.fpa.fi/sokserviceproducent)):

kommun där terapeuten har mottagning (högst 3 kommuner), telefonnummer, språkkunskaper, terapiform, terapislag och psykoterapeutisk inriktning (de uppgifter du angett under punkterna 2 och 5).

Om du inte vill att alla ovan nämnda uppgifter kan ses i tjänsten visas inga uppgifter om dig.

**Jag samtycker till att alla ovan nämnda uppgifter om mig visas i FPA:s e-tjänst för sökning av serviceproducent.**

- Ja  Nej

I tjänsten visas dessutom din e-postadress och adressen till din webbplats om du har uppgett dem under punkt 2.

Du kan verka som av FPA godkänd terapeut även om du inte ger ditt samtycke till att uppgifterna visas.

Meddela FPA:s rehabiliteringsgrupp om dina uppgifter ändras eller om du vill ändra ditt samtycke till att uppgifterna visas.

## 8. Bilagor

---

Bifoga kopior av följande intyg:

- Bilaga 1: Avlagda yrkesexamina (examen inom hälso- och sjukvård och/eller senaste yrkesexamen)
- Bilaga 2: Valviras beslut om rätten att använda yrkesbeteckningen psykoterapeut
- Bilaga 3: Terapiutbildning
- Bilaga 4: (Arbetshandledarens) utredning om handledningen
- Bilaga 5: Fortbildning och påbyggnadsutbildning

Eventuella övriga bilagor (numrera och namnge):

Bilaga \_\_\_\_\_

Bilaga \_\_\_\_\_

Bilaga \_\_\_\_\_

## 9. Övriga upplysningar

---

 Ange med ett nummer vilken punkt på blanketten du hänvisar till.

---

## 10. Underskrift

Ort och datum

Underskrift