



AT-läkarens namn:

Bedömare:

Fullgjord tid av AT:

Datum:

Fallets svårighetsgrad:	Enkelt:	Medelsvårt:	Svårt:
Plats:	Vårdcentral		
	Akutmottagning/ Jourcentral		
Sökorsak:			
Fokus för bedömning: (ett el flera kompetensområden)			

Att fylla i formuläret:

Försök att använda hela skalan i din bedömning—resultatet ger en plan för fortsatt utbildning.
Ge gärna kommentarer.

Kompetensområde	Otillfredställande		Tillfredställande		Utmärkt	
	1	2	3	4	5	6
1. Kommunikativ kompetens						
Kommentar						
2. Anamnes						
Kommentar						
3. Status						
Kommentar						
4. Bemötande/professionellt förhållningssätt						
Kommentar						
5. Klinisk bedömningsförmåga						
Kommentar						
6. Pedagogisk förmåga						
Kommentar						



Forts: Kompetensområde	Otilfredställande		Tillfredställande		Utmärkt	
	1	2	3	4	5	6
7 Organisationsförmåga						
Kommentar						
8. Helhetsbedömning kliniska färdigheter						
Kommentar						

Övergripande slutvärdering

Konkreta exempel på vad som fungerade särskilt bra?

Förslag till kompetensutveckling

Handlingsplan/uppföljning

Skriv i ifylld mall inför möte med Studierektor.