

Attest for utført institusjonstjeneste i maxillofacial kirurgi

For å sikre raskest mulig behandlingstid ber vi om at alle felter fylles ut. Attesten fylles ut elektronisk, men må signeres for hånd.

Generell informasjon om legen

Legens navn

Fødselsdato (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Stillings- og tjenestebeskrivelse

Institusjon

Avdeling / seksjon / post / enhet

Gruppe

☐ I ☐ II

For følgende spesialitet

Tjenesteperiode (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Fra til

Legen har vært ansatt som LIS i hele tjenesteperioden

☐ Ja ☐ Nei

Hvis opprykk til konstituert overlege, oppgi perioden for opprykket (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Fra til

Hvis legen har arbeidet i en annen type stilling, oppgi stilling

Legen har vært ansatt i 100 % stilling i hele perioden

☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, oppgi stillingsprosent og tidsrom

Dato fra (DD.MM.ÅÅÅÅ)	Dato til (DD.MM.ÅÅÅÅ)	Stillingsprosent

Fravær i tjenesteperioden

Legen har hatt fravær i tjenesten (alt fravær skal føres. Lovpålagt ferie og kursdeltagelse regnes ikke som fravær)

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, er det nødvendig med dato(er) for hver fraværsperiode i tjenesteperioden. Vennligst skriv dette med dato fra- til for hver fraværsperiode

Dato fra (DD.MM.ÅÅÅÅ)	Dato til (DD.MM.ÅÅÅÅ)	Fraværspersent	Dato fra (DD.MM.ÅÅÅÅ)	Dato til (DD.MM.ÅÅÅÅ)	Fraværspersent

Har det vært mye fravær fra vakt, internundervisning, veiledning eller andre utdanningsaktiviteter? Gi en kort vurdering av om fraværet har påvirket legens mulighet til å skaffe seg tilstrekkelig kunnskap/ferdigheter i tjenesteperioden

Tjenestens innhold

Legen har deltatt i internundervisning gjennom hele perioden

☐ Ja ☐ Nei

Legen har mottatt veiledning gjennom hele perioden

☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, oppgi periode og begrunnelse

Oppgi informasjon om veileder(e)

Navn	Veileder har spesialistgodkjenning i følgende spesialitet

Det er etablert vaktordning ved avdelingen

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, oppgi hvilken type vaktordning

Legen har deltatt i avdelingens vaktordning gjennom hele perioden

☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, oppgi periode og begrunnelse for fritak fra vakt (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Fra til

Begrunnelse

Legen har deltatt i alle oppgaver i arbeidsforholdet

☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, gi nærmere begrunnelse og oversikt over tjenesten

Gi en beskrivelse av avdelingen. Avdelingens oppbygning, pasientkategorier, type enhet (sengepost, poliklinikk e.l.)

Gi en beskrivelse av legens arbeidsoppgaver og hvordan disse er utført. Det er ikke nødvendig å gjenta punkter som er beskrevet tidligere i attesten

Tjenesten er tilfredsstillende utført

☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, gi begrunnelse

Undertegnede inntår for riktigheten av ovennevnte opplysninger

Sted:

Dato:

Sted:

Dato:

Avdelingens leder
(Signatur og stempel)

Medisinsk faglig ansvarlig overlege
(Signatur og stempel)