

Attest for veiledning i valgfri, spesifikk terapimetode under klinisk TSB-tjeneste

Veileders navn

LIS-legens navn

LIS-legens fødselsdato (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Oppgi terapiform det er veiledet i

Veiledningsperiode (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Fra til Antall timer

Veileders vurdering og anbefaling om antall godkjente timer

Undertegnede innestår for riktigheten av ovennevnte opplysninger og bekrefter at jeg har veilederkompetanse i terapiformen

Sted:

Dato:

Veileder

(Signatur og stempel)