

Attest for utført institusjonstjeneste innen fordøyelsessykdommer

Attesten skal kun benyttes for tjeneste utført som spisset tjeneste innen grenspesialitet (tidligere b-gren)

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

Tjenesteperiode (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Fra til

Legen har vært ansatt som LIS i hele tjenesteperioden

Ja Nei

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

Fra til

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

Tjenestens innhold

Legen har deltatt i avdelingens undervisningsprogram 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 type vaktordning

Legen har deltatt i avdelingen/seksjonens 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

Oppgi antall måneder legen har tjenestegjort ved gastroenterologisk sengeavdeling (sengepost som overveiende tar seg av pasienter med fordøyelsessykdommer)

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

Oppgi antall måneder legen har tjenestegjort ved gastroenterologisk undersøkelsesavdeling

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

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 innestår for riktigheten av ovennevnte opplysninger

Sted:

Dato:

Sted:

Dato:

*Avdelingens leder
(Signatur og stempel)*

*Medisinsk faglig ansvarlig overlege
(Signatur og stempel)*