Gjeldende fra 24.10.2012

 Obligatorisk fra 01.01.2018

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **ATTESTASJONSSKJEMA I PSYKIATRI**  |  |  |  |  |
| Vedlegg til søknad om spesialistgodkjenning i psykiatri. |  |  |  |  |
| ***Hver kandidat fyller ut ett skjema.*** *Se veiledning til attestasjonsskjema for utfyllende informasjon.* |  |  |  |  |
| ***Se målbeskrivelsen for nærmere beskrivelse av innhold og praktisk gjennomførelse***. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Navn:.................................................... Født:............................................ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Krav til ferdigheter, kompetanse og erfaring**: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **1.1. Generell klinisk erfaring** |  |  |  |  |
| 1.1.1 | **Minstekrav**100 akutt-pasienter |  |  |  |  |
| Mottak akuttpasienter med generell innkomstjournalSign. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2Skriftlig arbeid med etiske refleksjoner om pasienter mottatt på tvang.**Minstekrav:** 5 skriftlige arbeid |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig arbeid i form av fullstendig psykiatrisk primærjournal**Minstekrav:** 5 skriftlige arbeid |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasientforløp akuttpasient**Minstekrav**: 10 skriftlige rapporter på pasientforløp |  |  |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.5  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasientforløp allmenpsykiatrisk poliklinikk**Minstekrav:** 5 fullstendige epikriser med behandlingsforløp |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Avsluttet pasientforløp i allmenpsykiatrisk poliklinikk**Minstekrav:** 25 pasientforløp |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liaisontilsyn generelt**Minstekrav:** 5 tilsyn, hvorav 2 med skriftlige arbeider |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.2. Differensialdiagnostisk utredning og behandling:** |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1 Psykoser |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utredninger av nysyke psykosepasienter**Minstekrav:** 5 utredninger, hvorav 2 med skriftlige rapporter   |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Langtidsoppfølging**Minstekrav:** Oppsummering av den differensialdiagnostiske utredning og behandling av psykose for minst 5 pasienter i langtidsoppfølging |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Psykosepasienter**Minstekrav**: 10 pasienter. 5 nysyke psykosepasienter som inngår i punkt 1.2.1.1. kan inngå som pasienter i dette kravet |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rusutløste psykoser **Minstekrav**: 5 pasienter, hvorav 1 med skriftlig arbeid |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2 Affektive lidelser  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utredninger av pasienter med affektiv lidelse med spørsmål om bipolaritet **Minstekrav**: 3 pasienter med skriftlig rapport |  |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bipolare psykoser **Minstekrav:** 3 pasienter, hvorav 1 med skriftlig rapport |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Depresjoner**Minstekrav:** 10 pasienter, hvorav 5 med skriftlig rapport |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.3PersonlighetsforstyrrelserPasienter med personlighetspatologi. Her inngår både håndtering av akutte krisehåndteringer og oppfølging over lengre tid.**Minstekrav:** 10 pasienter, hvorav 5 med skriftlig arbeid |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.4. Angst- og tvangslidelser |  |  |  |  |  |  |
| **Minstekrav**: 5 pasienter, hvorav 2 med skriftlig rapport  |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.5 Spiseforstyrrelser |  |  |  |  |  |  |
| **Minstekrav:** Utredning og behandling av 2 pasienter  |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.6 Nevropsykiatriske lidelser |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.6.1ADHD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Minstekrav:** 5 pasienter |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.6.2 Andre pasienter med nevropsykiatrisk lidelse (f. eks. Tourette, Asperger, Autisme) |  |  |  |  |
| **Minstekrav:** 2 pasienter med skriftlig rapport |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.6.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Psykisk utviklingshemming**Minstekrav:** 1 pasient |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.7. Alderspsykiatri |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.7.1 | Demenspasienter |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Minstekrav:** 5 pasienter med demens |  |  |  |  |  |
| Sign.. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.7.2Skriftlige rapporter med diskusjon av demens versus psykiatriske problemstillinger **Minstekrav:** 2 pasienter med demens |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.7.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasienter med øvrige alderspsykiatriske tilstander (eldre med angst, psykose, depresjon) **Minstekrav:** 5 pasienter |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.7.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlige arbeider om alderspsykiatriske pasienter med medikamentelle og andre spesielle utfordringer, inkludert medikamentinteraksjoner og andre somatiske forhold.**Minstekrav:** 2 skriftlige arbeider |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.8 Rus- og avhengighetsmedisin |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.8.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasienter med avrusnings- og abstinensproblematikk(alkohol, benzodiazepiner, sentralstimulerende, opiater og lignende)**Minstekrav:** 10 pasienter, hvorav 2 med skriftlig rapport |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.8.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Legemiddelassistert rehabilitering**Minstekrav:** 1 pasient |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.9 Transkulturell psykiatri |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.9.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasienter med annen kulturell bakgrunn**Minstekrav:** 10 pasienter |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.9.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasienter med annen kulturell bakgrunn. Følger for samarbeidpasient – pårørende, diagnostisering og behandling**Minstekrav:** 2 pasienter med rapport |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.3 Suicidalvurdering** |  |  |  |  |  |  |
| Suicidalvurderinger med gjennomgang av notatene med veileder**Minstekrav:** 10 vurderinger |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.4 Farlighetsvurdering** |  |  |  |  |  |  |
| Vurdering av voldsrisiko med gjennomgang av notatene med veileder **Minstekrav:** 10 vurderinger |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.5 Prosedyrer, tester etc.** |  |  |  |  |  |  |
| 1.5.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasienter hvor man skal ha utført ECT-behandling **Minstekrav:** 5 pasienter |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Strukturerte diagnostiske intervjuer gjennomgått med veileder**Minstekrav:** 5 intervjuer |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Andre psykometriske tester på pasienter som inkluderer affektive lidelser, bivirkninger, psykoseog voldsrisiko gjennomgått med veileder**Minstekrav:** 10 tester |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Indikasjon for henvisning til MR, EEG og nevrokognitiv utredning, samt klinisk betydning av svarene**Minstekrav:** 1 av hver |  |  |  |  |
|  | MR | EEG | Nevrokognitiv utredning |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.6 Juridisk arbeid** |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vurderinger av pasienter henvist til tvunget psykisk helsevern etter Lov om psykisk helsevern, kapittel 3, alle punkter, inkludert konvertering og bruk av nødrett**Minstekrav:** 15 vurderinger |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dokumenterte tilfeller med kjennskap til vedtak etter Lov om psykisk helsevern kapittel 4, alle punkter**Minstekrav:** 5 vedtak |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.6.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uttalelser til kontrollkommisjonen i klagesaker, inkludert fremlegging/representasjon**Minstekrav:** 5 uttalelser |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Søknader om forlengelse av tvunget vern etter 1 år**Minstekrav:** 2 søknader |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 måneders kontrollvurderingMinstekrav: 2 kontrollvurderinger |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vedtak eller vurdering av vedtak etter Pasientrettighetsloven § 4a**Minstekrav:** 1 vedtak eller vurdering av vedtak |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Kommunikasjon og undervisning** |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Undervisning for personalet**Minstekrav:** 3 undervisninger |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Undervisning for pårørende og pasienter**Minstekrav:** 1 undervisning |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samarbeid med tolk**Minstekrav:** 5 samarbeid |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Samarbeid** |  |  |  |  |  |  |
| 3.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Individuelle planer, inkludert pasienter i langtidsrehabilitering**Minstekrav:** 5 individuelle planer |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samarbeidsmøter med blant annet førstelinje rundt individuellplan for minimum 2 pasienter**Minstekrav:** 10 samarbeidsmøter |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig rapport og vurdering av roller, utfordringer fra samarbeidsmøter**Minstekrav:** 2 skriftlige rapporter (for eksempel møtereferat) |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ambulante saker alene og sammen med andre, herunder arbeid utenfor institusjon med langtidspasienter**Minstekrav:** 15 saker |  |  |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig rapport om hjemmebesøk hos egen pasient **Minstekrav:** 2 rapporter |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Strukturert informasjon til pårørende (individuelt eller gruppe)**Minstekrav:** 10  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pårørendesamtaler: innhente opplysninger og informere. To skriftlige rapporter med diskusjon av juridiske forhold, som taushetsplikt vs informasjonsplikt.**Minstekrav:** 10 pårørendesamtaler hvorav 2 med skriftlig rapport |  |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skriftlig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Legeerklæringer til offentlig trygde- og sosialvesen om ulike forhold hvorav minst 2 gjennomgås med veileder **Minstekrav:** 20 legeerklæringer, hvorav minst 2 er gjennomgått med veileder |  |  |  |  |
| Sign. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Med veileder |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **4. Helsefremmende arbeid og samfunnsmedisin** |  |  |  |  |
|  | 4.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | For minimum 2 av følgende instanser må dokumenters kontakt: a) Barnevern, ivaretakelse av barn av psykisk sykeb) politic) sosialvesen, anvendelse sosiallovgivningd) helsemyndigheter som helsetilsynete) legemiddelverk (bivirkninger etc)**Minstekrav:** 2 instanser kontaktet |  |  |  |  |
|  | Instans |  |  |  |  |
|  | Sign. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gitt undervisning/generell informasjon om psykiske lidelser til minimum 2 av følgende grupper: a) Samfunnet genereltb) Pårørendec) Pasienterd) Samarbeidspartneree) Kolleger**Minstekrav:** 2 undervisninger/informasjon |  |  |  |  |
|  | Gruppe |  |  |  |  |
|  | Sign. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **5. Ledelse og administrasjon** |  |  |  |  |
|  | 5.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Henvisninger vurdert for rett til helsehjelpallmenpsykiatrisk poliklinikk **Minstekrav:** vurdering av 10 henvisninger |  |  |  |
|  | Sign. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Henvisninger vurdert for rett til helsehjelp døgnavdeling**Minstekrav:** vurdering av 5 henvisninger |  |  |  |  |  |
|  | Sign. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **6. Akademia** |  |  |  |  |
|  | 6.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Skriftlig forskningsrelatert arbeid 5-10 sider  |  |  |  |
|  | Sign. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6.2Skriftlig arbeid om kvalitetsforbedringsarbeid; 4-8 sider |  |  |  |
|  | Sign. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **7. Profesjonalitet** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Skriftlig arbeid 2-4 sider om f. eks. rammevilkår, definisjoner, jus, etikk, grenseoverskridelser |  |  |  |
|  | Sign. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Jeg bekrefter at opplysningene i attestasjonsskjema er korrekte*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Sted:..............................................*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Dato:.......................................*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Lege i spesialisering:...............................*** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte:  |