

Checklista för ST-läkare

År

Namn

Utbildningsprogram skrivet:..... (årtal)

Revision under året *Ja* (datum)

Nej

Handledarsamtal

	Datum	Fokus för handledarsamtalet
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Bedömningar

	Datum	Typ av bedömning*
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

* Sit-in, Simuleringsövning, Mini-CEX, DOPS, CBD, 360-grader eller annan typ av bedömning (för mer information, v.g. se:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Utbildning/Specialisttjanstgoring-ST/Allmanna-ST-fraqor/Bedomning-av-ST-lakares-kompetensutveckling1/>)

Specialistkollegium under året: *Ja* (datum)

Nej