|  |  |
| --- | --- |
| **Vårdenhet** | |
| Vårdenhetens namn | Besöksadress |
|  |  |
| Postadress | Antal anställda |
|  |  |
| Verksamhetschef | Medicinskt ansvarig |
|  |  |
| **Kontaktperson för ansökan** | |
| Namn | Telefonnummer |
|  |  |
| E-postadress | Mobilnummer |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Studierektorer behöver följande uppgifter om vårdenheten:** | | | | | | | |
| Antal listade patienter |  | | | | | | |
| **Information** | | | | | | | |
| Ange namn och anställningsform för samtliga läkare som regelbundet arbetar på vårdenheten.  Bifoga intyg på handledarutbildning eller beskrivning av detsamma. | | | | | | | |
| **Bemannade tjänster** | | | | | | | |
| Beskriv tjänst | | Specialist i allmänmedicin | | | | Tjänstgöringsgrad | Handledar utbildning |
| 1. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 2. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 3. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 4. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 5. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 6. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 7. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 8. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 9. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 10. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| **Stafetter, vikariat** | | | | | | | |
| Beskriv tjänst | | Specialist i allmänmedicin | | | | Tjänstgöringsgrad | Handledar utbildning |
| 1. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 2. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 3. | |  | Ja |  | Nej |  |  |
| 4. | |  | Ja |  | Nej |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verksamheter** | | | | | | | | |
| **Kategori** | | |  | | | | | **Kommentar** |
| BVC | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| MVC | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Äldreboende | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Annat särskilt boende | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Skolhälsovård | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Arbetsterapi | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Samtalsterapeuter | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Diabetes ssk | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Astma/allergi ssk | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Hjärt/kärl/hypertoni ssk | | |  | Ja | |  | Nej |  |
| Jourtjänstgöring | |  | | Ja | |  | Nej |  |
| Hemsjukvård | |  | | Ja | |  | Nej |  |
| Specialistkonsulter | |  | | Ja | |  | Nej |  |
| Annat | |  | | Ja | |  | Nej |  |
| **Utrustning/fysisk miljö** | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | **Kommentar** |
| Individuell arbetsplats | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Bibliotek/motsvarande | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Ögonmikroskop | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Öronmikroskop | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Tympanometer | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Fiberlaryngoskop | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Opsal/akutrum | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Doppler-arteriell | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Bladderscan | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Rektoskop/sug | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Gynstol | |  | | | Ja |  | Nej |  |
| Annat | |  | | | Ja |  | Nej |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nätverk** | | | | | | | | |
|  |  | | | | **Hur ofta?** | | **Utbildningsläkaren deltar** | |
| APT |  | Ja |  | Nej |  | |  | |
| Läkarmöten |  | Ja |  | Nej |  | |  | |
| Intern utbildning |  | Ja |  | Nej |  | |  | |
| Balintgrupp |  | Ja |  | Nej |  | |  | |
| Annat |  | Ja |  | Nej |  | |  | |
| **Handledarsituationen** | | | | | | | | |
| Handledare, handledarutbildning i följande kategorier | | | | | | AT | ST | Annat |
|  | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kompletterande frågor** | |
| Bedrivs annan verksamhet på vårdenheten än vad som nämns ovan? | |
| Genomförs introduktionsprogram för nya läkare? | |
| Finns utbildningsansvarig på vårdenheten? (Ange namn och profession) | |
| Kan vårdcentralen erbjuda en komplett ST-tjänstgöring? | |
| Om inte – hur ska kraven tillgodoses? | |
| **Underskrift verksamhetschef** | |
| Ort och datum | |
|  | |
| Underskrift | Namnförtydligande |
|  |  |
| *Underlaget skickas till studierektor* | |