|  |
| --- |
| **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* |