



Checklista slutbedömning

Huvudhandledare fyller i checklistan inför extern slutbedömning.

Checklistan signeras därefter i samband med slutbedömningen.

BT-läkare

Namn:

Personnummer:

Huvudhandledare:

BT-chef:

Extern bedömare:

Akut sjukvård

Datum fr.o.m.

t.o.m.

Tid i månader:

Placeringshandledare:

Dokumenterade obligatoriska moment utförda

Ifylld Sammanfattande bedömning

Eventuella kommentarer till placeringen:

Primärvård

Datum fr.o.m.

t.o.m.

Tid i månader:

Placeringshandledare:

Dokumenterade obligatoriska moment utförda

Ifylld Sammanfattande bedömning

Eventuella kommentarer till placeringen:



Psykiatri

Datum fr.o.m.

t.o.m.

Tid i månader:

Placeringshandledare:

Dokumenterade obligatoriska moment utförda

Ifylld Sammanfattande bedömning

Eventuella kommentarer till placeringen:

Intygade delmål per placering (kryssa)

	Akut sjukvård	Primärvård	Psykiatri
BT1			
BT2			
BT3			
BT4			
BT5			
BT6			
BT7			
BT8			
BT9			
BT10			
BT11			
BT12			
BT13			
BT14			
BT15			
BT16			
BT17			
BT18			



Extern slutbedömning

BT-läkare (namn, personnummer):

Datum:

Godkänd

Icke godkänd

Handlingsplan vid icke godkänd slutbedömning:

Underskrifter:

Huvudhandledare

Extern bedömare

BT-chef