

# Uppföljning av handlingsplan för BT- eller AT-läkare som riskerar att inte uppnå fastställda utbildningsmål

Datum \_\_\_\_\_

BT-läkare

AT-läkare

Namn \_\_\_\_\_

Hur har AT/BT-läkarens kompetens inom aktuella utbildningsmål utvecklats sedan handlingsplanen upprättades?

Vilka nya bedömningar (till exempel medsittning, mini-CEX, DOPS, CBD) har gjorts för att bedöma måluppfyllelse?

Sammanfattande bedömning med ställningstagande till om aktuella utbildningsmål är uppfyllda eller ej samt om någon fortsatt stödåtgärd utöver ordinarie handledning planeras.

Undertecknas av:

BT/AT-läkare \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Chef för berörd BT/AT-läkare \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Representant från berörd verksamhet \_\_\_\_\_  
(t.ex. handledare, klinikstudierektor, chef)

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Fastställd handlingsplan förvaras hos chef och gallras efter avslutad BT/AT-tjänstgöring.