Et bilde som inneholder tegning

Automatisk generert beskrivelse

Returadresse: Helsedirektoratet, Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

**Attestskjema for klinisk ernæringsfysiolog under veiledning**

Kandidatens navn:

Praksisstedets navn og adresse:

Veileders navn:

Veileders HPR-nummer:

Praksisperiodens varighet: (startdato, sluttdato og årstall)

Stillingsandel:

Antall fraværsdager:

Antall statussamtaler:

Beskrivelse av arbeidsoppgaver:

**Oversikt over fagområder som skal/bør inngå i veiledet praksis**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **skal** | **bør** | **Fagområde** |
| x |  | Behov energi og næringsstoffer hos barn og voksne |
| x |  | Vurdering av ernæringsstatus hos barn og voksne |
| x |  | Pediatri; Vekst, vekstavvik og endokrinologi, kreft og hjertefeil hos barn |
| x |  | Hjerte- og karsykdom |
| x |  | Kreft og blodsykdommer |
| x |  | Endokrinologi, overvekt og diabetes |
| x |  | Allergi og intoleranse |
| x |  | Gastroenterologi |
| x |  | Lever og pankreas |
| x |  | Lunge (og CF) |
| x |  | Kirurgi, gastrokirurgi |
| x |  | Nyre |
| x |  | Nevrologi |
| x |  | Kritisk syke, metabolsk stress og intensiv |
| x |  | Spisevansker, dysfagi |
| x |  | Habilitering, rehabilitering, medfødte metabolske sykdommer |
|  | x | Spiseforstyrrelser, spisevansker |
|  | x | Reumatisme |
| x |  | Ernæringstilførsel, parenteral og enteral ernæring |
| x |  | Geriatri |

Jeg bekrefter at kandidaten i løpet av praksisperioden har fått tilstrekkelig erfaring med følgende arbeidsoppgaver (sett kryss):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gjennomført | Ikke aktuelt i perioden |
| Kartlegging |  |  |
| Utredning |  |  |
| Diagnostisering |  |  |
| Behandling |  |  |

Jeg bekrefter at praksiskandidaten er egnet til å arbeide selvstendig som klinisk ernæringsfysiolog på samme vilkår som stilles til en nyutdannet klinisk ernæringsfysiolog med norsk utdanning

Jeg bekrefter at opplysningene som oppgis her er sannferdige og i tråd med Helsepersonelloven § 15 om krav til attester, erklæring o.l.

Jeg bekrefter at jeg ikke er inhabil jfr. Helsepersonelloven § 6 første og annet ledd, og at det ikke foreligger forhold som kan svekke tilliten til de opplysninger som fremkommer i attesten her

Jeg bekrefter at statussamtalene har foregått ved personlig oppmøte, ikke via fjernveiledning

Jeg bekrefter at jeg har minst 2 års arbeidserfaring som klinisk ernæringsfysiolog.

Dato:

Signatur: