**Attestskjema for arbeidserfaring fra prehospital tjeneste**

**Informasjon om attestskjema**

Dette skjemaet skal fylles ut av arbeidsgiver. Alle punkter må fylles ut. Skjemaet benyttes for kandidater som skal dokumentere yrkeserfaring i forbindelse med søknad om autorisasjon som paramedisiner etter [forskrift om overgangsordning med særlige vilkår for rett til autorisasjon som paramedisiner for ambulansearbeidere og sykepleiere](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2024-06-25-1213?q=Forskrift%20om%20overgangsordning%20med%20s%C3%A6rlige).

**Definisjoner**

Med "yrkeserfaring fra prehospitale tjenester" menes ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste ved akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) og legevaktsentral, og tjeneste ved legevakt, jf. forskriftens § 2 første ledd.

Med "pasientnært arbeid" menes arbeid i form av vurdering og behandling i direkte kontakt med pasienten, jf. forskriftens § 2 andre ledd.

**Om søker og arbeidssted:**

|  |  |
| --- | --- |
| Søkers navn: |  |
| Søkers HPR-nummer: |  |
| Arbeidsstedets navn: |  |
| Leders navn: |  |
| Leders stilling: |  |

Søknaden gjelder for helsepersonell i:

Gruppe 1: autorisasjon som ambulansearbeider eller sykepleier og videreutdanning i paramedisin eller master i prehospitale tjenester

Gruppe 2: autorisasjon som både ambulansearbeider og sykepleier

**Arbeidsforholdets varighet (opplysningene kan som alternativ fremgå av vedlegg til attestskjema):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Startdato (dd.mm.år) |  | Sluttdato (dd.mm.år) |  |
| Stillingsandel (ev. totalt antall timer ved timesbasert arbeidsforhold): |  | Antall fraværsdager utover feriedager: |  |

Huk av dersom opplysningene fremgår av vedlegg til attestskjema, i form av arbeidsattest/tjenestebevis fra tjenestested

**Beskrivelse av arbeidsforholdet:**

Har søker arbeidet pasientnært i form av vurdering og behandling i direkte kontakt med pasienten?

Ja  Nei

Kommentar (valgfritt, hvis behov):

Har søker arbeidet selvstendig og utført selvstendige helsefaglige beslutninger om pasientbehandling og legemiddeladministrasjon, f.eks. selvstendig vurdering og beslutning om videre henvisning av pasient til annet helsepersonell, administrasjon av legemidler, og sikring av luftveier?

Ja  Nei

Kommentar (valgfritt, hvis behov):

**Bekreftelse fra leder:**

Huk av dersom utfyllende informasjon, for eksempel funksjonsbeskrivelse for stilling, ligger vedlagt som arbeidsattest/tjenestebevis

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

Ja  Nei

Kommentar (valgfritt, hvis behov):

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

Ja  Nei

Kommentar (valgfritt, hvis behov):

**Dato:** **Leders signatur og stempel:**