Gjeldende fra 24.10.2012

Obligatorisk fra 01.01.2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTESTASJONSSKJEMA I PSYKIATRI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Vedlegg til søknad om spesialistgodkjenning i psykiatri. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| ***Hver kandidat fyller ut ett skjema.*** *Se veiledning til attestasjonsskjema for utfyllende informasjon.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| ***Se målbeskrivelsen for nærmere beskrivelse av innhold og praktisk gjennomførelse***. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Navn:.................................................... Født:............................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| **Krav til ferdigheter, kompetanse og erfaring**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| **1.1. Generell klinisk erfaring** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.1.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Minstekrav**  100 akutt-pasienter | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Mottak akuttpasienter med generell innkomstjournal  Sign. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.1.2  Skriftlig arbeid med etiske refleksjoner om pasienter mottatt på tvang.  **Minstekrav:** 5 skriftlige arbeid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.1.3 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig arbeid i form av fullstendig psykiatrisk primærjournal  **Minstekrav:** 5 skriftlige arbeid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.1.4 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Pasientforløp akuttpasient  **Minstekrav**: 10 skriftlige rapporter på pasientforløp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.1.5 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Pasientforløp allmenpsykiatrisk poliklinikk  **Minstekrav:** 5 fullstendige epikriser med behandlingsforløp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.1.6 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Avsluttet pasientforløp i allmenpsykiatrisk poliklinikk  **Minstekrav:** 25 pasientforløp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.1.7 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Liaisontilsyn generelt  **Minstekrav:** 5 tilsyn, hvorav 2 med skriftlige arbeider | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| **1.2. Differensialdiagnostisk utredning og behandling:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.1 Psykoser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.1.1 | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Utredninger av nysyke psykosepasienter  **Minstekrav:** 5 utredninger, hvorav 2 med skriftlige rapporter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.1.2 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Langtidsoppfølging  **Minstekrav:** Oppsummering av den differensialdiagnostiske utredning og behandling av psykose for minst 5 pasienter i langtidsoppfølging | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.1.3 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Psykosepasienter  **Minstekrav**: 10 pasienter. 5 nysyke psykosepasienter som inngår i punkt 1.2.1.1. kan inngå som pasienter i dette kravet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.1.4 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Rusutløste psykoser  **Minstekrav**: 5 pasienter, hvorav 1 med skriftlig arbeid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.2 Affektive lidelser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.2.1 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Utredninger av pasienter med affektiv lidelse med spørsmål om bipolaritet  **Minstekrav**: 3 pasienter med skriftlig rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.2.2 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Bipolare psykoser  **Minstekrav:** 3 pasienter, hvorav 1 med skriftlig rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.2.3 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Depresjoner  **Minstekrav:** 10 pasienter, hvorav 5 med skriftlig rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.3  Personlighetsforstyrrelser  Pasienter med personlighetspatologi. Her inngår både håndtering av akutte krisehåndteringer og oppfølging over lengre tid.  **Minstekrav:** 10 pasienter, hvorav 5 med skriftlig arbeid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.4.  Angst- og tvangslidelser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| **Minstekrav**: 5 pasienter, hvorav 2 med skriftlig rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.5  Spiseforstyrrelser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| **Minstekrav:** Utredning og behandling av 2 pasienter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.6 Nevropsykiatriske lidelser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.6.1  ADHD | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| **Minstekrav:** 5 pasienter | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.6.2  Andre pasienter med nevropsykiatrisk lidelse (f. eks. Tourette, Asperger, Autisme) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| **Minstekrav:** 2 pasienter med skriftlig rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.6.3 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Psykisk utviklingshemming  **Minstekrav:** 1 pasient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.7. Alderspsykiatri | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.7.1 | | Demenspasienter | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| **Minstekrav:** 5 pasienter med demens | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign.. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.7.2  Skriftlige rapporter med diskusjon av demens versus psykiatriske problemstillinger  **Minstekrav:** 2 pasienter med demens | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.7.3 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Pasienter med øvrige alderspsykiatriske tilstander  (eldre med angst, psykose, depresjon)  **Minstekrav:** 5 pasienter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.7.4 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlige arbeider om alderspsykiatriske pasienter med  medikamentelle og andre spesielle utfordringer, inkludert medikamentinteraksjoner og andre somatiske forhold.  **Minstekrav:** 2 skriftlige arbeider | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.8 Rus- og avhengighetsmedisin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.8.1 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Pasienter med avrusnings- og abstinensproblematikk  (alkohol, benzodiazepiner, sentralstimulerende,  opiater og lignende)  **Minstekrav:** 10 pasienter, hvorav 2 med skriftlig rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Skriftlig | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.8.2 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Legemiddelassistert rehabilitering  **Minstekrav:** 1 pasient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.9 Transkulturell psykiatri | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.9.1 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Pasienter med annen kulturell bakgrunn  **Minstekrav:** 10 pasienter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.2.9.2 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Pasienter med annen kulturell bakgrunn. Følger for samarbeid  pasient – pårørende, diagnostisering og behandling  **Minstekrav:** 2 pasienter med rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| **1.3 Suicidalvurdering** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| Suicidalvurderinger med gjennomgang av notatene med veileder  **Minstekrav:** 10 vurderinger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| **1.4 Farlighetsvurdering** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| Vurdering av voldsrisiko med gjennomgang av notatene med veileder  **Minstekrav:** 10 vurderinger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| **1.5 Prosedyrer, tester etc.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.5.1 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Pasienter hvor man skal ha utført ECT-behandling  **Minstekrav:** 5 pasienter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.5.2 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Strukturerte diagnostiske intervjuer gjennomgått med veileder  **Minstekrav:** 5 intervjuer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.5.3 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Andre psykometriske tester på pasienter som  inkluderer affektive lidelser, bivirkninger, psykose  og voldsrisiko gjennomgått med veileder  **Minstekrav:** 10 tester | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.5.4 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Indikasjon for henvisning til MR, EEG og nevrokognitiv utredning, samt klinisk betydning av svarene  **Minstekrav:** 1 av hver | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | MR | | | | | | | | | | EEG | | | | | | | | | | | | | | Nevrokognitiv utredning | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  |  |
| **1.6 Juridisk arbeid** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.6.1 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Vurderinger av pasienter henvist til tvunget psykisk  helsevern etter Lov om psykisk helsevern, kapittel 3,  alle punkter, inkludert konvertering og bruk av nødrett  **Minstekrav:** 15 vurderinger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 1.6.2 | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Dokumenterte tilfeller med kjennskap til  vedtak etter Lov om psykisk helsevern kapittel 4, alle punkter  **Minstekrav:** 5 vedtak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Sign. | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.6.3 |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Uttalelser til kontrollkommisjonen i klagesaker,  inkludert fremlegging/representasjon  **Minstekrav:** 5 uttalelser | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 1.6.4 |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Søknader om forlengelse av tvunget vern etter 1 år  **Minstekrav:** 2 søknader | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 1.6.5 |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| 3 måneders kontrollvurdering  Minstekrav: 2 kontrollvurderinger | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 1.6.6 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Vedtak eller vurdering av vedtak etter  Pasientrettighetsloven § 4a  **Minstekrav:** 1 vedtak eller vurdering av vedtak | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. | |  | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| **2. Kommunikasjon og undervisning** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 2.1 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Undervisning for personalet  **Minstekrav:** 3 undervisninger | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 2.2 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Undervisning for pårørende og pasienter  **Minstekrav:** 1 undervisning | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 2.3 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Samarbeid med tolk  **Minstekrav:** 5 samarbeid | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| **3. Samarbeid** | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 3.1 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Individuelle planer, inkludert pasienter i langtidsrehabilitering  **Minstekrav:** 5 individuelle planer | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 3.2 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Samarbeidsmøter med blant annet førstelinje  rundt individuellplan for minimum 2 pasienter  **Minstekrav:** 10 samarbeidsmøter | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 3.3 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Skriftlig rapport og vurdering av roller, utfordringer  fra samarbeidsmøter  **Minstekrav:** 2 skriftlige rapporter (for eksempel møtereferat) | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
| 3.4 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Ambulante saker alene og sammen med andre, herunder arbeid utenfor institusjon med langtidspasienter  **Minstekrav:** 15 saker | | | | | | | | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 3.5 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Skriftlig rapport om hjemmebesøk hos egen pasient  **Minstekrav:** 2 rapporter | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 3.6 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Strukturert informasjon til pårørende (individuelt eller gruppe)  **Minstekrav:** 10 | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 3.7 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Pårørendesamtaler: innhente opplysninger og informere.  To skriftlige rapporter med diskusjon av juridiske forhold,  som taushetsplikt vs informasjonsplikt.  **Minstekrav:** 10 pårørendesamtaler hvorav 2 med skriftlig rapport | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Skriftlig |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |
| 3.8 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  |
| Legeerklæringer til offentlig trygde- og sosialvesen  om ulike forhold hvorav minst 2 gjennomgås med veileder  **Minstekrav:** 20 legeerklæringer, hvorav minst 2 er gjennomgått med veileder | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Sign. |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
| Med veileder |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **4. Helsefremmende arbeid og samfunnsmedisin** | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | 4.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | For minimum 2 av følgende instanser må dokumenters kontakt:  a) Barnevern, ivaretakelse av barn av psykisk syke b) politi c) sosialvesen, anvendelse sosiallovgivning d) helsemyndigheter som helsetilsynet e) legemiddelverk (bivirkninger etc)  **Minstekrav:** 2 instanser kontaktet | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Instans |  | | | | |  | | | | |  |  |
|  | Sign. |  | | | | |  | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | Gitt undervisning/generell informasjon om psykiske lidelser til minimum 2 av følgende grupper:  a) Samfunnet generelt b) Pårørende c) Pasienter d) Samarbeidspartnere e) Kolleger  **Minstekrav:** 2 undervisninger/informasjon | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Gruppe |  | | | | |  | | | | |  |  |
|  | Sign. |  | | | | |  | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **5. Ledelse og administrasjon** | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | 5.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | Henvisninger vurdert for rett til helsehjelp  allmenpsykiatrisk poliklinikk  **Minstekrav:** vurdering av 10 henvisninger | | | | | | | | |  | |  |  |
|  | Sign. |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | Henvisninger vurdert for rett til helsehjelp døgnavdeling  **Minstekrav:** vurdering av 5 henvisninger | | | | | | |  |  |  | |  |  |
|  | Sign. |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **6. Akademia** | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | 6.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | Skriftlig forskningsrelatert arbeid 5-10 sider | | | | | | | | |  | |  |  |
|  | Sign. |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6.2  Skriftlig arbeid om kvalitetsforbedringsarbeid; 4-8 sider | | | | | | | | |  | |  |  |
|  | Sign. |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **7. Profesjonalitet** | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | Skriftlig arbeid 2-4 sider om f. eks. rammevilkår,  definisjoner, jus, etikk, grenseoverskridelser | | | | | | | | |  | |  |  |
|  | Sign. |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Jeg bekrefter at opplysningene i attestasjonsskjema er korrekte*** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Sted:..............................................*** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Dato:.......................................*** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Lege i spesialisering:...............................*** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn + signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |

|  |  |
| --- | --- |
| *Institusjon, avdeling:* |  |
| *Tidsrom:* |  |
| *Tjenesteområde:* |  |
| *Navn +signatur klinisk veileder:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |
| *Signatur medisinskfaglig ansvarlig overlege + stempel:* | Undertegnede kan dokumentere at opplysningene i attestasjonsskjema for overnevnte tjenestested er korrekte: |