

## Checklista för kravspecifikation för att bedriva ST-utbildning

- Bilaga Rekvisition av ersättning för ST, allmänmedicin

### Vårdenhet

Vårdenhetens namn:	Besöksadress:
Postnummer:	Postadress:
Verksamhetschef:	Medicinskt ansvarig:

### Studierektorer behöver följande information

1a	Finns verksamhetschef som ansvarar för kompetensvärdering (dvs är chefen specialist i allmänmedicin)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kommentar:
	Om inte, har chef delegerat detta ansvar till specialist i allmänmedicin?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	Finns handledarutbildad specialist i allmänmedicin som huvudhandledare på enheten?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
1b	Antal specialister i allmänmedicin	.....st	
1c	Sammantagen tjänstgöringsgrad för dessa?	.....%	
2a	Finns BVC – mottagning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kommentar:
2b	Finns diabetssköterska/mottagning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kommentar:
	Finns astma/KOL-sköterska/mottagning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
2c	Finns SÄBO	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kommentar:
3	Aktuellt listningstal	.....st	Kommentar:
4	Finns gynstol	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kommentar:
5	Förekommer studenthandledning/VFU på enheten	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kommentar:

### Underskrift verksamhetschef

Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

*Underlaget skickas till utbildningsadministratör, AMC*