**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)? Om inte, har chef delegerat detta ansvar till specialist i allmänmedicin?Finns handledarutbildad specialist i allmänmedicin som huvudhandledare på enheten? | Ja□ Nej□Ja□ Nej□Ja□ Nej□ | Kommentar: |
| 1b | Antal specialister i allmänmedicin | …………st |  |
| 1c | Sammantagen tjänstgöringsgrad för dessa? | ………....% |  |
| 2a | Finns BVC – mottagning | Ja□ Nej□ | Kommentar: |
| 2b | Finns diabetssköterska/mottagningFinns astma/KOL-sköterska/ mottagning | Ja□ Nej□Ja□ Nej□ | Kommentar: |
| 2c | Finns SÄBO | Ja□ Nej□ | Kommentar: |
| 3 | Aktuellt listningstal | .................st | Kommentar: |
| 4 | Finns gynstol | Ja□ Nej□ | Kommentar: |
| 5 | Förekommer studenthandledning/VFU på enheten | Ja□ Nej□ | Kommentar: |

**Underskrift Verksamhetschef**

|  |
| --- |
| Ort och datum |
| Underskrift | Namnförtydligande |

***Underlaget skickas till studierektor, AMC i Östergötland***