



Verksamhetsområde Utbildning

2019-04-24

## INTERNREFERENS

På (namn): \_\_\_\_\_ Pers.nr (år,mån,dag): \_\_\_\_\_

Vik underläkare/med stud

Läkarskolan

Läkarestudent

Klinik/enhet: \_\_\_\_\_

År \_\_\_\_\_

Arbetat tillsammans med: \_\_\_\_\_ Under perioden: \_\_\_\_\_

Hur upplevde du personens:

Mkt dålig

Mkt bra

◆ Medicinska kompetens

1 2 3 4 5

◆ Medicinska omdöme

1 2 3 4 5

◆ Sociala kompetens

1 2 3 4 5

Skulle du rekommendera denna person för AT på Skaraborgs Sjukhus?

Ja

Tveksamt

Nej

Kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Utbildningsansvarig/handledare

\_\_\_\_\_  
Datum

**Skickas till Anna Bergsten, Kosmos, Skövde/Annelie Andersson, Lidköping**