

# Bedömningsunderlag KUA/KUM

Studentens namn (text):.....

Personnummer:.....

Studieort:.....

Program:

Avdelning / Mottagning:

Veckor:

V. ....-.....

.....

.....

Antal dagar:.....

## Bedömningskriterier:

Vid den verksamhetsförlagda utbildningen på KUA/KUM bedöms studentens:

**förmåga** att bidra till teamets planering, genomförande och utvärdering av god, säker och effektiv vård.

**kunskap** om och förståelse för den egna och andra professioners kompetenser.

**förmåga** att utvärdera vårdprocessen utifrån evidens och riktlinjer som gäller för verksamheten.

Vid slutseminariet på KUA/KUM bedöms studentens:

**förmåga** att aktivt presentera och muntligt reflektera över teamarbetet och interprofessionell kompetens i relation till evidens och god, säker och effektiv vård.

---

## Slutseminarium *(fylls i av seminariehandledare)*

Tillfredsställande

Ej tillfredsställande

Datum/Sign.....

**OBS! Vid frånvaro på seminariet krävs komplettering för godkänd KUA/KUM!**

---

## Slutbedömning *(fylls i av KUA/KUM-handledare)*

Tillfredsställande

Ej tillfredsställande

(skälen för Ej tillfredsställande fullgjord placering motiveras skriftligen) :

vid behov använd baksidan

Datum / 20 .....

Handledare: .....

Namnförtydligande:.....

*Denna blankett signeras av KUA-handledaren och lämnas **snarast** av studenten till respektive utbildningsprogram.*