SAHLGRENSKA AKADEMIN
FYSIOTERAPEUTPROGRAMMET

Bedömningsformulär Verksamhetsförlagd utbildning/ VFU

STUDENT: _____ **TERMIN:** _____

DATUM HALVTIDSBEDÖMNING: _____

DATUM SLUTBEDÖMNING: _____

BEDÖMNINGS-KRITERIER	**HALVTIDSBEDÖMNING** Ange ”II” eller ”I” + kommentar ***I**: Tydlig observerbar utveckling; bör hinna utvecklas till godkänd nivån* ***II**: Svag utveckling; risk för att inte hinna nå godkänd nivån*	**SLUTBEDÖMNING** Ange ”U” eller ”G” + kommentar ***U** = Underkänd* ***G** = Godkänd*
1. Problemlösning		
2. Undersökning och behandling		

3. Kommunikation		
4. Dokumentation		
5. Samverkan och förhållningssätt		
6. Säkerhet		

Sammanfattande kommentarer och rekommendationer *(skall alltid fyllas i)*
Sammanfattande bedömning: GODKÄND ☐ UNDERKÄND ☐

Antal dagar med frånvaro: _____

Studenten har diskuterat Plan för Eget Lärande / PEL med handledare ☐

Datum: _____ VFU-plats: _____

Skrivs ut och signeras för hand

Underskrift studerande: Underskrift handledare:

_____ _____

Mejla den ifyllda blanketten till:
Utbildningsadministratör vid Fysioterapeutprogrammet Moa Andersson,
moa.andersson@gu.se