**Bedömningsformulär vid verksamhetsförlagd utbildning – termin 3-6**

**Studerandes namn: Personnr: Termin:**

Markera bedömning med kryss och skriv en kommentar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BEDÖMNINGS­KRITERIER | HALVTIDSBEDÖMNING I = god utveckling, redan nu GK (godkänd)II = tydligt observerbar utveckling, bör utvecklas till GK III = svag utveckling, risk för att ej nå GK (kontakta kursansvarig)III II I Kommentar | SLUTBEDÖMNINGU = underkändG = godkändU G Kommentar |
| 1. Problemlösning |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Fysioterapeutisk åtgärd |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Kommunikation |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Dokumentation |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. Samverkan och förhållningssätt |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Säkerhet |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Bedömning - kommentar (ska alltid fyllas i) |
| Betygsförslag bedömning: GODKÄND UNDERKÄND  |

Datum: VFU-plats:

Studerande: Handledare:

Namnförtydligande: Namnförtydligande: