

Til **kursgodkjenning@legeforeningen.no**

Den norske legeforening  
Seksjon for utdanning  
Postboks 1152 sentrum  
0107 OSLO

**SØKNAD OM GODKJENNING AV KURS \*  
GJELDER FOR SYKEHUSSPESIALITETER OG  
KOMPETANSEOMRÅDENE**

Leger i spesialisering i gammel ordning (overgangsordning tidligere kurskrav)

Spesialisters etterutdanning

Kurstittel: \_\_\_\_\_

Dato/Sted \_\_\_\_\_

**\*NB! Søknad om godkjenning av kurs må gjentas selv om det har vært godkjent og arrangert tidligere**

Målbeskrivelse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Målgruppe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kursarrangør: \_\_\_\_\_

Kursleder  
(navn/yrkestittel): \_\_\_\_\_

Kurskomité (navn/yrkestitler). **OBS! Minst en lege må være med i kurskomiteen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Er kurskomiteen formelt knyttet til Dnlf/den lokale kurskomite, annet organ i Dnlf, medisinsk fakultet eller annen offentlig institusjon?: \_\_\_\_\_ (ja/nei)

I tilfelle hvilken?: \_\_\_\_\_

Annet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Det søkes tellende med antall timer: \_\_\_\_\_

**Kurset søkes godkjent for følgende sykehusspesialiteter:**

Hva søkes det godkjenning for? (obligatorisk kurs **i tidligere ordning**, valgfritt kurs **i tidligere ordning**, etterutdanningskurs):

- Kompetanseområdet Alders- og sykehjemsmedisin**  
 **Kompetanseområdet Allergologi**  
 **Kompetanseområdet Smertemedisin**

Det bekreftes at medisinfirma/utstyrsfirma eller andre med kommersielle interesser ikke er involvert i planlegging eller gjennomføring av kurset

(betaling av mat, møtelokaler, utsending av invitasjon/materiell, honorar til foredragsholdere, reisestipend, dekning av evt. underskudd/avlysning, betaling av leie for stand, betaling for annonse i program)

Ja  Nei

Hvis det ikke kan bekreftes, beskriv på hvilken måte og hvilket firma som er delaktig i kurset

Det bekreftes at alle undervisere på kurset har avgitt opplysninger om evt. tilknytning til/samarbeid med/eller støtte fra firma/interessekonflikter  Ja

(gjelder bare når kursarrangør er organ i Dnlf)

Er det søkt om konseptgodkjenning gjennom LMI (Legemiddelindustrien)? Ja  Nei

./. Hvis Ja, legg ved konseptgodkjenningen fra LMI.

Hvem er teknisk arrangør (ordner påmeldinger osv.)? \_\_\_\_\_

Hvem har det økonomiske ansvar? \_\_\_\_\_

Hvor er kurset annonsert?: \_\_\_\_\_

Er egen invitasjon sendt utvalgte leger/legegrupper \_\_\_\_\_ (ja/nei)

Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_

Kursavgift: \_\_\_\_\_

Antall deltakere: \_\_\_\_\_

Søkers navn: \_\_\_\_\_

Yrkestittel: \_\_\_\_\_

(søker oppfattes som ansvarlig for føring av tilstedelister og utsteding av kursbevis)

Adresse: \_\_\_\_\_

**./.** Program må vedlegges.

dato, sign.