Attest for tverrfaglig tjeneste

Kompetanseområdet smertemedisin

(Tverrfaglig arbeid med smertepasienter utenfor institusjon)

FOR

Legens navn: _____

Fødselsdato: _____

Legen har tjenestegjort

i _____ stilling,

i tiden _____ _____
fra ***til***

Legekontor/praksis/institusjon/sykehus:_____

Fravær fra tjenesten i _____ måneder, i tiden _____

Beskrivelse av samarbeidspartnere, innholdet i arbeidet, pasientkategorier, prosedyrer m.v.:

Beskrivelse av hva slags type tverrfaglig samarbeid og hvordan arbeidet har vært utført:

Antall bekreftede poeng / timer á 45 minutter:

Faglig overordnet/sideordnet lege/kommuneoverlege/offentlig faglig ansvarlig for fagfeltet i området bekrefter at det har blitt lagt fram dokumentasjon på gjennomført tverrfaglig arbeid

***Sted*: _____** ***Dato*: _____**

_____

Signatur, med tittel